COUNTWAY LIBRARY
HC 17NC T

LEITFADEN

ZUR

PSYCHIATRISCHEN KLINIK

VON

DR. M. REICHARDT

PRIVATDOZENT FÜR PSYCHIATRIE IN WÜRZBURG

BOSTON MEDICAL LIBRARY IN THE FRANCIS A. COUNTWAY LIBRARY OF MEDICINE

MIT 74 ABBILDUNGEN

MEDICAL LIBRARY
BOSTON STATE HOSPITAL
PSYCHOPATHIC DEPARTMENT
No. 19M Bought Cost 1.00
R

JENA

VERLAG VON GUSTAV FISCHER

1907

19A
R271

Uebersetzungsrecht vorbehalten.

4546

Vorwort.

In den gedruckten Studienplänen für Mediziner ist der Besuch der psychiatrischen Klinik erst an das Ende des Studiums gelegt worden — mit vollster Berechtigung. Denn der Studierende muß bereits eine gewisse Summe von allgemein-medizinischen Kenntnissen besitzen, ehe er der klinischen Vorlesung über Psychiatrie mit genügendem Verständnis zu folgen vermag.

Der Studierende soll sich aber auch darüber klar werden, daß die Psychiatrie ihn Anschauungen und Tatsachen lehrt, welche außerordentlich stark abweichen von dem, was er bisher gelernt hat. Mit dem ersten Schritt, welchen er in die psychiatrische Klinik tut, betritt er eine ihm völlig neue und fremde Welt:

1) Die psychiatrischen Untersuchungsmethoden, sowie die Gedankengänge bei den diagnostischen und prognostischen Erwägungen sind durchaus andere als diejenigen in den anderen medizinischen Teilwissenschaften.

2) Die Zeit spielt in der Psychiatrie eine unendlich viel größere Rolle als in der übrigen Medizin. Während die Mehrzahl der inneren und chirurgischen Krankheiten reine Episoden im Menschenleben darstellen, durchzieht die Geisteskrankheit oft genug das ganze Leben des davon Befallenen.

3) Die Psychiatrie weist den angehenden Arzt darauf hin, wie außerordentlich wichtig die angeborene Anlage sein kann. Während bei inneren und chirurgischen Krankheiten in der Regel eine äußere Krankheitsursache vorhanden ist, bezw. angenommen wird, lehrt die Psychiatrie, daß bei dem Gros ihrer Krankheiten gar keine solche äußeren Ursachen da sind, — daß also Krankheiten entstehen können aus rein inneren Gründen.

4) Während der Studierende sonst außer den klinischen Krankheitszeichen auch die pathologisch-anatomischen Veränderungen kennen lernt, welche oft für die klinische Diagnose und Epikrise maßgebend sind, erfährt er hier, daß viele Geisteskrankheiten überhaupt keine irgendwie in Betracht kommenden anatomischen Veränderungen im Gehirn hinterlassen, — mögen sie sich im Leben auch noch so stark gezeigt haben. Während bei Erkrankungen, welche in

das Gebiet der inneren Medizin und Neurologie fallen, oft genug der Arzt am Seziertisch und lediglich aus dem anatomischen Befunde sofort über den ganzen klinischen Verlauf der Krankheit orientiert ist, versagt die pathologische Anatomie bei vielen Geisteskrankheiten völlig.

5) Während der Arzt gewohnt ist, z. B. in der medizinischen und chirurgischen Klinik, die Angaben der Kranken bezüglich der Anamnese, des Befindens u. s. w. aufs Wort zu glauben, ist den Aeußerungen psychisch Kranker gegenüber die größte Skepsis und Kritik am Platze. Solange die Kranken, säuberlich geschieden, in den einzelnen Kliniken dem Studierenden vorgeführt werden, ist es natürlich nicht schwer, den Aeußerungen psychisch Kranker mit Mißtrauen und Kritik zu begegen. Aber jeder Arzt muß gewärtig sein, daß ihn in der Sprechstunde, neben chirurgisch oder intern Kranken, auch ein Hypochonder, Paranoiker, beginnender Paralytiker, oder ein Kranker mit Depression und starkem Selbstmordtrieb heimsucht. Besitzt dann der Arzt den Angaben der Kranken gegenüber nicht die nötige Kritik, dann verkennt er nur allzuleicht solche psychischen Krankheiten. Aber eine derartige Verkennung hat sich schon oft bitter gerächt. —

Die vielen Schwierigkeiten, welche das Verständnis der Psychiatrie erschweren, waren ein Hauptgrund, weshalb die große Mehrzahl der Aerzte der Psychiatrie scheu und interesselos gegenüberstand. Nun lehrt aber die alltägliche Erfahrung in immer steigendem Maße, daß kein praktizierender Arzt heutzutage ohne gewisse psychiatrische Vorkenntnisse auskommen kann. Und diese Erfahrung hat das Resultat gezeitigt, daß die Psychiatrie Examensfach geworden ist.

Der zweite Abschnitt des § 45 der ärztlichen Prüfungsordnung vom 28. Mai/25. Juni 1901 lautet:

> In Gegenwart des Examinators hat der Kandidat einen Geisteskranken zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose und Prognose des Falles, sowie den Heilplan festzustellen, den Befund sofort in ein von dem Examinator gegenzuzeichnendes Protokoll aufzunehmen und hierauf in einer mündlichen Prüfung auch an anderen Kranken nachzuweisen, daß er die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Irrenheilkunde besitzt.

Der Hauptnachdruck in diesem Paragraphen liegt wohl auf den beiden letzten Zeilen. Denn die Eigenart der Psychiatrie bringt es mit sich, daß von einer Feststellung der Anamnese durch den Examinanden gewöhnlich nicht die Rede sein kann; dazu müßten die Angehörigen des Kranken zugegen sein. Was der Kranke selbst anamnestisch vorbringt — wenn er überhaupt redet bezw. sich zusammenhängend äußern kann — gehört in das Kapitel: Untersuchung, und nicht: Anamnese. Eine Feststellung der Diagnose und Prognose wird bei der einmaligen Untersuchung oft auch nicht möglich sein; der Examinand wird sich darauf beschränken müssen, die Differentialdiagnose und -prognose zu erörtern.

Frägt man sich nun, welchen Umfang „die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Irrenheilkunde“ besitzen sollen, so gibt die Zeit, innerhalb welcher diese Kenntnisse erworben werden sollen, hierauf die richtige Antwort: Eine theoretische Vorlesung über Psychiatrie zu hören, wird den meisten Studierenden nicht möglich sein; auch ist das Belegen einer solchen in manchen gedruckten Studienplänen überhaupt nicht vorgesehen. Die Prüfungsordnung verlangt auch nur einen einsemestrigen Besuch der psychiatrischen

Klinik. Wenn nun nicht der betreffende Kliniksvorstand und Examinator in der Psychiatrie von sich aus einen zweisemestrigen Besuch der Klinik fordert, dann müssen in 40—60 akademischen Stunden diejenigen psychiatrischen Kenntnisse erworben werden, welche den Arzt in den Stand setzen sollen, in der Praxis gegebenenfalls ein selbständiges Urteil abgeben zu können.

Betrachtet man nun diese so außerordentlich kurze zur Verfügung stehende Zeit, und andererseits die Schwierigkeiten, welche gerade die Psychiatrie dem Lernenden bereitet, so ergibt sich von vornherein, daß der Studierende während des Besuches der psychiatrischen Klinik nur gerade eben das Notwendigste und Wichtigste in sich aufnehmen kann und soll, — dieses aber auch gründlich. Er soll sich nicht um diagnostische und sonstige Finessen kümmern. Er soll auch nicht die große Menge psychologischer und psychiatrischer termini technici auswendig lernen, die für ihn doch nur Worte ohne Inhalt sind. Aber er soll zu begreifen suchen, worauf es in der Psychiatrie ankommt. Er soll die Fragestellung in der Psychiatrie beherrschen.

Je umfangreicher unsere gebräuchlichen Lehrbücher der Psychiatrie werden, um so weniger eignen sie sich gerade für den Anfänger als Einführung und Wegweiser. In denselben vermag der Student nicht das Wesentliche vom weniger Wichtigen auseinanderzuhalten; er erhält keinen Ueberblick, sondern er verliert sich in Einzelheiten. In dem vorliegenden Leitfaden ist nun der Versuch gemacht worden, alles das in möglichst kurzgefaßter und übersichtlicher, etwas schematisch gehaltener Form zu bringen, was dem Studierenden das Verständnis für die Psychiatrie erleichtern und ihm einen Ueberblick über dieses schwierige Gebiet geben soll. Die Lektüre dieses Leitfadens soll auf den Besuch der psychiatrischen Klinik vorbereiten, so daß der Studierende mit Nutzen die klinischen Vorlesungen in sich aufnehmen kann. Auf lehrbuchhafte Vollständigkeit wurde verzichtet. Die einzelnen Kapitel sind verschieden eingehend behandelt worden, je nachdem dies für das Studium und die spätere Praxis notwendig erschien. — Die für die Psychiatrie notwendigen Gesetzesparagraphen sind mit zum Abdruck gelangt, weil doch kaum eine klinische Vorlesung vergeht, in welcher nicht der eine oder andere Paragraph berührt wird. So hat der Zuhörer diese Paragraphen selbst stets vor Augen. Das Riegersche Schema für Intelligenzprüfung wird, denke ich, manchem Assistenten oder Koassistenten der psychiatrischen Klinik gute Dienste tun, wenn er vor der Aufgabe steht, einen Kranken mit Herderscheinungen zu untersuchen.

In vielen strittigen Fragen, namentlich auch bezüglich der Aetiologie, habe ich Stellung nehmen müssen. Ich habe mich dann bemüht, diejenigen Ansichten niederzulegen, wie sie in den klinischen Vorlesungen von Professor Rieger zum Vortrag kommen.

Eingehender, als dies sonst in psychiatrischen Lehrbüchern der Fall ist, sind die körperlichen Begleiterscheinungen der Psychosen und die Anatomie des Zentralnervensystems berücksichtigt worden. Neurologie und Psychiatrie gehen ja Hand in Hand. Der Arzt, welcher psychisch Kranke untersuchen will, muß auch die neurologischen Untersuchungsmethoden beherrschen. Um aber neurologische Symptome verstehen zu können, muß er mit den Grundzügen der Anatomie des Zentralnervensystems vertraut sein.

Gerade für die Psychiatrie scheint mir deshalb jene Stelle im § 28 der oben genannten Prüfungsordnung von Bedeutung zu sein, worin dem Examinator zur Pflicht gemacht wird, auch anatomische und physiologische Fragen zu stellen.

Der betreffende Passus lautet:

> Die Examinatoren in den einzelnen Prüfungsabschnitten sind, auch abgesehen von der Vorschrift des § 38, verpflichtet, soweit der Gegenstand dazu Gelegenheit bietet, festzustellen, daß der Kandidat in den mit dem betreffenden Abschnitt in Zusammenhang stehenden Gebieten der Anatomie und Physiologie die in der Vorprüfung nachzuweisenden Kenntnisse festgehalten und während der klinischen Zeit zu verwerten gelernt hat.

Deshalb sind in dem vorliegenden Leitfaden eine Menge anatomischer Bemerkungen eingeflochten, auch einige anatomische Bilder aufgenommen worden. Möchten dieselben dem Studierenden eine Aufforderung sein, die normale Anatomie des Zentralnervensystems etwas zu pflegen.

Die Abbildungen 17 bis 20 entstammen dem bekannten Obersteinerschen Lehrbuche: Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Zentralorgane (Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1901). Herr Professor Obersteiner hatte die große Güte, die Reproduktionen der Abbildungen mir zu erlauben. Die Nachbildung der Figuren 15a und 22 wurde durch die gütige Erlaubnis von Herrn Prof. Ziehen und durch das liebenswürdige Entgegenkommen der Verlagsbuchhandlung ermöglicht.

Ein kleiner Leitfaden, 1888 von Herrn Professor Rieger für die Zuhörer der klinischen Vorlesungen verfaßt (nicht im Buchhandel erschienen), ist, großenteils unverändert, in dem Abschnitt: Allgemeine Symptomatologie, Die psychischen Symptome, zum Abdruck gelangt.

Würzburg, April 1907.

Dr. **M. Reichardt.**

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Allgemeine Psychiatrie	1—96
I. Allgemeine Symptomatologie.	
Die psychischen Symptome	1—27
Störungen der Wahrnehmungstätigkeit	2
der Verstandestätigkeit	5
des Gefühlslebens	14
der Willenstätigkeit	18
Uebersicht über die psychischen Symptome	27
Die körperlichen und neurologischen Symptome	29—57
Körpergewicht	29
Körpertemperatur	29
Urin	32
Narben	33
Morphologische Abnormitäten und Entwickelungsstörungen	33
Störungen im Gebiete der Hirnnerven	35
Die Pupille	39
Die Sprache	44
Störungen im Gebiete der Rückenmarksnerven	47
I. Motilität	47
II. Sensibilität	53
III. Trophische Störungen	54
II. Die Einteilung der Geistesstörungen	57
III. Ueber die Aetiologie der Geistesstörungen	58
IV. Lebensalter und Geisteskrankheit	63
V. Die prognostischen Erwägungen	67
VI. Die Anamnese	71
VII. Die Untersuchung der Geisteskranken	74
Schema für Intelligenzprüfungen	84
VIII. Die Behandlung der Geisteskrankheiten	87
Die individuelle Behandlung	87
Die soziale Behandlung	91
Spezielle Psychiatrie	97—200
I. Intoxikationen und Infektionen	97—107
Der Alkoholismus	97
Die Urämie	105
Die Fieber- und Infektionsdelirien	106
II. Die umschriebenen Hirnkrankheiten	107—122
A. Die vom Gefäßsystem ausgehenden	107
B. Hirngeschwulst und Hirnabsceß	110
C. Die traumatische Hirnverletzung	112
D. Die übrigen Hirnkrankheiten	121
III. Die progressive Paralyse	122—133
IV. Die Dementia senilis	133—135

Seit

V. Der angeborene Schwachsinn . . . . . 135—147
a) Die Entwickelungshemmungen des Gehirns und die Microcephalie 135
b) Die Porencephalie 136
c) Die Hydrocephalie 137
d) Der Cretinismus 138
e) Die Idiotie 140
VI. Die Epilepsie . . . . . 147—155
VII. Die einfachen Geistesstörungen . . . . . 155—181
A. Die akuten und periodischen 155
Die Manie 156
Die Melancholie 158
Die periodischen und zirkulären Formen 160
B. Die chronischen 163
Die Dementia 163
Die Paranoia 172
VIII. Die sogenannten Neurosen . . . . . 181—200
a) Die Hypochondrie 181
b) Die sogenannten traumatischen Neurosen 187
c) Die Hysterie 191
d) Die Zwangsneurose 194
e) Anhang: Die Neurasthenie 195
Schlußbemerkung zur speziellen Psychiatrie 199

Gehirn und Schädel . . . . . 200—206
1. Das Hirngewicht 200
2. Die sonstigen makroskopischen Veränderungen am Hirn 204
3. Der Schädel 206

Allgemeine Psychiatrie.

I. Allgemeine Symptomatologie.

Die psychischen Symptome.

Unser psychisches Leben ist ein außerordentlich komplizierter Vorgang. Wenn man sich dasselbe, zum besseren Verständnis, in einzelne Unterabteilungen zerlegt denkt, muß man sich bewußt sein, daß man damit schematisiert und Dinge voneinander trennt, die eigentlich nicht zu trennen sind. Denn in Wirklichkeit lassen sich bei jedem zusammengesetzten psychischen Vorgange mehrere der unten zu nennenden psychischen Erscheinungen nachweisen; nur pflegt bald die eine, bald die andere derselben mehr in den Vordergrund der Beobachtung zu treten. Ebenso sind auch bei den Geisteskrankheiten nicht die einzelnen Unterabteilungen des psychischen Lebens isoliert gestört, sondern es finden sich stets Symptome von Störungen mehrerer verschiedenartiger psychischer Vorgänge.

Man teilt das psychische Geschehen ein in

A. Das Wahrnehmen,
B. Das Denken,
C. Das Fühlen,
D. Das Wollen.

A. Die Wahrnehmungstätigkeit.

Perzeption, Apperzeption (Aufmerksamkeit). Bewußtsein.

Damit überhaupt perzipiert wird, müssen erstens die peripheren Sinnesorgane (Auge, Ohr etc.) normal sein. Dies ist bei Geisteskranken gewöhnlich auch der Fall. Sowohl der Idiot, welcher es zu keiner nennenswerten psychischen Leistung bringt, als auch der halluzinierende Geisteskranke haben gesunde periphere Sinnesorgane. Andererseits sind Personen mit Erkrankungen der peripheren Sinnesorgane gewöhnlich nicht geisteskrank.

Zweitens müssen normal sein die zum Gehirn führenden Verbindungen und die zentralen Endstätten der Sinnesnerven (also z. B. für den Gesichtssinn: Nervus und Tractus opticus, äußerer Kniehöcker, Sehstrahlung, Cuneusrinde).

Drittens muß der Bewußtseinszustand zur Aufnahme von Wahrnehmungen geeignet sein. Ein Tiefschlafender, Volltrunkener, epileptisch Bewußtloser vermag nicht zu perzipieren.

Perzeption: Ein äußerer Sinneseindruck gelangt bis in das Gehirn und hinterläßt daselbst eine Spur, bezw. veranlaßt eine motorische Reaktion. — Ein gutes Beispiel für Perzeption ohne Apperzeption ist die Anekdote von dem Schreiber, welcher, ganz mechanisch kopierend, sein eigenes Todesurteil abschrieb, ohne es zu merken.

Apperzeption: Der äußere Sinneseindruck gelangt mit Hilfe der Aufmerksamkeit zu großer Klarheit und Deutlichkeit. Der apperzipierte Sinneseindruck hinterläßt eine viel tiefere und nachhaltigere Spur als der nur perzipierte. Durch Apperzeption wird der perzipierte Sinneseindruck in das Magazin der Erfahrungen aufgenommen und eingereiht, d. h., gewissermaßen automatisch, in die richtige Gedankenverknüpfung (Assoziation) gebracht; er wird aufgefaßt, verstanden. — Apperzeption, Assoziation und Gedächtnis hängen auf das engste zusammen.

Bewußtsein: Der äußere Sinneseindruck wird in intrapsychische Vorgänge umgesetzt. Durch die, dem Bewußtsein zu Grunde liegende, fortlaufende psychische Veränderung werden die einzelnen psychischen Vorgänge in Zusammenhang gebracht.

Störungen der Wahrnehmungstätigkeit.

1. Sinnestäuschungen.

Die Sinnestäuschungen führen zu einer Verfälschung der Wahrnehmung in dem betreffenden Sinnesgebiete. Sie sind in der Psychiatrie ungemein häufig. Man pflegt, auf dem Gebiete jedes der fünf Sinne und dem des sogenannten Gemeingefühles, zu unterscheiden zwischen Illusion und Halluzination[1]). Die Gehörstäuschungen z. B. zerfallen also in Gehörsillusionen und Gehörshalluzinationen; die Gesichtstäuschungen (auch Visionen genannt) in Gesichtsillusionen und Gesichtshalluzinationen.

Unter Illusion versteht man eine Sinnestäuschung, die auf falscher Deutung eines wirklichen, von außen kommenden Sinneseindruckes beruht. Z. B. die Sinnestäuschungen des Knaben in GOETHES „Erlkönig" sind Illusionen:

(Hier sucht der Vater die Illusionen des Sohnes zu korrigieren.)

Mein Sohn, was birgst Du so bang Dein Gesicht?
Siehst Vater Du den Erlkönig nicht?
Den Erlenkönig mit Kron' und Schweif?
Mein Sohn, es ist ein Nebelstreif. — **Optisch**

Mein Vater, mein Vater und hörest Du nicht?
Was Erlenkönig mir leise verspricht?
Sei ruhig, bleibe ruhig mein Kind.
In dürren Blättern säuselt der Wind. — **Akustisch**

Mein Vater, mein Vater und siehst Du nicht dort
Erlkönigs Töchter am düstern Ort? —
Mein Sohn, mein Sohn, ich seh' es genau;
Es scheinen die alten Weiden so grau. — **Optisch**

Unter Halluzination versteht man eine Sinnestäuschung, die überhaupt nicht durch einen auch Anderen wahrnehmbaren Sinneseindruck hervorgerufen, sondern rein und durchaus subjektiv ist. Z. B. der Dolch, den Macbeth in der Luft schweben sieht, ist eine Gesichtshalluzination.

Macbeth 2. 1.
Ist das ein Dolch, was ich da vor mir sehe? **Optisch**
Den Griff nach meiner Hand gekehrt?
Laß dich ergreifen. —
Ich hab' dich nicht und seh dich immer noch.
Bist du mir **sichtbar,** Schreckbild, **fühlbar** nicht?

---

1) Das Wort „Illusion" kommt von illudere, hineinspielen, täuschen. „Halluzination" von *ἀλύω, ἀλύσσω,* welches nichts anderes heißt, als delirare. „Halluzination" bedeutet also an sich gar nichts Charakteristisches. Es hat seine Bedeutung als terminus technicus nur konventionell.

Du wärest nichts als ein Gedankendolch,
Ein Wahngeschöpf des gluterdrückten Hirns?
Ich seh dich noch, du scheinst nicht minder greifbar
Als dieser Dolch, den ich nun wirklich zücke.
Du schreitest wie ein Marschall mir voran
Den angetretnen Weg und solch ein Werkzeug
War für den Zweck bestimmt. Die Augen sind
Die Narren unter meinen Sinnen, oder
Mehr wert als alle anderen zusammen.
Ich seh dich noch. — Die Klinge, das Gefilz
Betröpft mit Blut — Das war zuvor noch nicht. —
Dergleichen ist nicht. Die Verkündigung
Des Blutgeschäftes an die Augen war's.
Macbeth 5. 1.

Olfaktorisch

Immer noch riecht es hier nach Blut.
Alle Spezereien Arabiens können diese kleine Hand
Nicht wohlriechend machen. —
Wollen diese Hände niemals rein werden? Fort!
Verdammter Fleck! fort! Hier ist auch noch ein Fleck!

Die bekannten Tiervisionen (Mäuse, Ratten, Katzen und vieles andere) der an Delirium tremens alcoholicum Leidenden sind reine Gesichtshalluzinationen. Ebenso sind die „Stimmen", von denen diese Kranken sich bedroht und beschimpft hören, reine Gehörshalluzinationen.

Auf dem Gebiete des Tast-, Geruchs- und Geschmackssinnes und des Gemeingefühles wird es in steigendem Maße schwerer, zwischen Illusionen und Halluzinationen zu unterscheiden. Je subjektiver diese Sinne sind, desto weniger läßt sich objektiv entscheiden, ob Behauptungen von Kranken über eingebildete Eindrücke dieser Sinne ganz aus der Luft gegriffen, oder Umdeutungen von Empfindungen sind, die auf wirklichen Sinnesreizen beruhen.

Sinnestäuschungen sind an sich auch bei Gesunden nichts Seltenes, sowohl Halluzinationen (z. B. die Gehörstäuschungen zwischen Wachen und Schlafen), als auch Illusionen, namentlich unter der Herrschaft eines Affektes: Furcht, Erwartung u. dergl. Vergl. z. B. das Gedicht „Die Erwartung" von Schiller:

Hör' ich das Pförtchen nicht gehen?
Hat nicht der Riegel geklirrt?
Nein, es war des Windes Wehen,
Der durch diese Pappeln schwirrt.

Akustisch

Hör' ich nicht Tritte schallen?
Rauscht's nicht den Laubgang daher?
Nein, die Frucht ist dort gefallen
Von der eignen Fülle schwer.

Akustisch

Seh' ich nichts Weißes dort schimmern?
Glänzt's nicht wie seid'nes Gewand?
Nein, es ist der Säule Flimmern
An der dunkeln Taxuswand.

Optisch

Sinnestäuschungen können sich ferner, wenn auch selten genug, finden bei Geistesgesunden infolge Erkrankung der peripheren Sinnesorgane (Auge, Ohr). Wohl klagen solche Kranke mit ihren abnormen Sensationen: „Man könnte darüber verrückt werden", — sie werden es aber nicht. Auch erkennen sie diese Sinnestäuschungen stets als krankhaft an. Halluzinierenden Geisteskranken dagegen fällt es garnicht ein, überhaupt an etwas Krankhaftes zu denken. Sie

erklären sich für gesund, und sind einfach und zweifellos in Wirklichkeit umgeben von dem Inhalt der Sinnestäuschungen.

Die peripheren Sinnesorgane halluzinierender Geisteskranker sind also gewöhnlich völlig gesund. Finden sie sich bisweilen erkrankt, so hat man zu berücksichtigen, daß Erkrankungen von Auge und namentlich Ohr überhaupt etwas Häufiges sind. Gesichts- und Gehörstäuschungen bei Geisteskranken können fortbestehen, auch wenn völlige periphere Blindheit oder Taubheit eingetreten ist.

Die Reaktion der Geisteskranken auf ihre Sinnestäuschungen ist ganz verschieden. In manchen deliriösen Zuständen (auch Alkoholdelir) verhalten sich die Kranken trotz der Massenhaftigkeit der Sinnestäuschungen ziemlich ruhig; dann kommt es auch zu keinen Wahnideen. Ebenso verlieren bei zunehmender Verblödung die Sinnestäuschungen ihre Wirkung, die sie vielleicht früher gehabt haben. — Je mehr aber die Kranken besonnen sind, und je schreckhafter, drohender, befehlender oder beängstigender die Sinnestäuschungen sind, um so stärker ist die psychische Beeinflussung durch die Sinnestäuschungen; um so stärker auch die motorische Reaktion der Kranken im Sinne einer Abwehr oder Gewalttat, bis zur Steigerung zur furibunden Tobsucht. Das Wesentliche solcher Sinnestäuschungen ist die zwingende Gewalt, welche sie auf die von der Realität der Täuschungen überzeugten Kranken ausüben können.

Manche Sinnestäuschungen können experimentell hervorgerufen werden; auch zeichnen manche Kranke ihre Visionen auf (vergl. später unter Delirium tremens alcoholicum).

Die Sinnestäuschungen lassen sich bei dem gegenwärtigen Stand der Psychologie und Psychiatrie nicht „erklären“; sie sind als einfache subjektive Tatsachen hinzunehmen. Erfahrungen, daß z. B. bei Hemianopsie infolge Zerstörung einer Sehstrahlung im hemianopischen (blinden) Gesichtsfelde Halluzinationen auftreten können, legen wenigstens für einen Teil der Sinnestäuschungen die Vermutung nahe, daß die Halluzinationen in der zentralen Leitung und Endigung der Sinnesnerven entstehen können.

2. Trübung und Verlust des Bewußtseins.

Das beim normalen Menschen nur durch den Schlaf unterbrochene Bewußtsein ist bei Geisteskranken häufig dauernd oder vorübergehend entweder völlig aufgehoben oder mehr oder weniger getrübt, in einer Weise, welche dem mit solchen Zuständen Unbekannten am raschesten verständlich wird durch die allgemein bekannten Erscheinungen der schweren (totalen) oder leichteren Grade von Betrunkenheit.

Den völligen Bewußtseinsverlust bezeichnet man auch als Bewußtlosigkeit; Bewußtseinstrübungen als Dämmerzustände.

B. Die Verstandestätigkeit.

Festhalten und Verarbeiten der Vorstellungen. Gedächtnis. Orientierung. Bildung sprachlicher Begriffe. Gedankengang und Vorstellungsablauf. Kombinationstätigkeit.

Das Gedächtnis ist die selbstverständliche Grundvoraussetzung für alle intellektuellen Leistungen. Ohne Festhalten der durch Erfahrung und Bildung erworbenen Errungenschaften im Gedächtnis ist der Mensch auf einen primitiven Anfangszustand zurückversetzt.

1. Gedächtnis für frühere Erinnerungen.
2. Gedächtnis für frische Eindrücke (Merkfähigkeit).

Diese beiden Unterarten des Gedächtnisses müssen auseinandergehalten werden. So pflegt schon bei Geistesgesunden im höheren Alter, bei gutem Erhaltenbleiben früherer Reminiszenzen, die Fähigkeit, Neues zu behalten, mehr oder weniger zu schwinden.

Die Orientiertheit läßt sich teilen in eine Orientiertheit bezüglich
der Umgebung,
der Zeit,
der eigenen Person.

Der Vorgang der Orientierung ist sehr kompliziert und an die Intaktheit des Gedächtnisses gebunden. So pflegen bei Störungen des Gedächtnisses für frische Eindrücke auch Störungen der Orientiertheit für Umgebung und Zeit aufzutreten.

Als Kombinationstätigkeit kann man jene psychischen Leistungen bezeichnen, welche den Denkprozeß umfassen. Bei der kombinatorischen Geistestätigkeit werden mit Hilfe des vorhandenen Erfahrungsschatzes neue Gedanken geschaffen; es werden Schlüsse gezogen; es entstehen Urteile u. s. w.

Störungen der Verstandestätigkeit.

1. Gedächtnisstörungen.

Das Gedächtnis für früher Erlerntes kann zum Teil verloren gehen durch Herderkrankungen des Gehirnes; es kann jemand eine in der Jugend gelernte fremde Sprache verlieren (dabei aber im stande sein, sie wieder zu erlernen). Das Gedächtnis für früher Erlerntes pflegt auch bei diffusen Hirnerkrankungen mehr oder weniger zu schwinden (progressive Paralyse, Dementia senilis, epileptische Verblödung u. s. w.)

Das Gedächtnis für frische Eindrücke leidet bei allen Bewußtseinstrübungen (Dämmerzustände), bei vielen, namentlich auch mit Verblödung einhergehenden Geistesstörungen, besonders aber bei der sogenannten Korsakowschen Psychose und bei der Dementia senilis u. s. w.

Die Erinnerungslosigkeit **(Amnesie)** kommt in zweierlei Weise in Betracht. Einerseits kann nach dem Aufhören einer vorübergehenden geistigen Störung die Erinnerung an alle Vorgänge während derselben entweder ganz aufgehoben, oder wenigstens konfus und verschwommen sein. Andererseits kann während des Bestehens einer Geistesstörung die Erinnerung an frühere Zeiten im Allgemeinen, oder an Spezielles aus derselben erloschen, oder beeinträchtigt sein, je nach der Natur der Krankheit in dauernder oder vorübergehender Weise.

Scharf umgrenzte Erinnerungslücken für die Ereignisse einiger Stunden oder Tage finden sich besonders bei der Epilepsie (Dämmerzustand, Wandertrieb).

Als retrograde Amnesie bezeichnet man eine Erinnerungslosigkeit, welche sich nach Kopfverletzungen, Strangulation, Kohlenoxydvergiftung, auch nach paralytischen Anfällen einstellen kann; sie erstreckt sich auf eine gewisse Zeit (Stunden, Tage, Wochen und länger) **vor** dem schädigenden Ereignis.

Die als allgemeine Gedächtnisschwäche bezeichnete Herabsetzung der Stärke und Verwischung der Deutlichkeit der Erinnerungen ist ein häufiges Symptom gewisser Geisteskrankheiten.

Isolierte, auf ganz bestimmte Dinge (besonders im Gebiete der Sprache — Aphasien) beschränkte dauernde Gedächtnislücken, partielle Gedächtnisdefekte sind ein viel selteneres, nur bei wenigen bestimmten Hirnkrankheiten vorkommendes Symptom.

Verwirrungen und Fälschungen in Bezug auf den Erinnerungs- und Gedächtnisschatz sind ein häufiges Symptom von Geisteskrankheiten (falsche Behauptungen über in früherer Zeit Erlebtes u. s. w.). Erzählungen völlig frei erfundener Erlebnisse, deren Realität aber von dem erzählenden Kranken nicht bezweifelt wird, nennt man auch Konfabulationen (oder positive Erinnerungsfälschungen, Halluzinationen der Erinnerung). Solche Konfabulationen kommen vor bei der Korsakowschen Psychose, bei der Dementia senilis, paralytica.

2. Desorientiertheit.

Sie ist ebenfalls ein bei Geisteskrankheiten sehr häufiges Symptom. Man kann unterscheiden die Desorientiertheit bezüglich

der Umgebung,
der Zeit,
der eigenen Person.

So pflegt bei Delirium tremens und bei der Korsakowschen Geistesstörung die Orientierung bezüglich der eigenen Person intakt, dagegen diejenige über Zeit und Umgebung gestört zu sein. Die Desorientiertheit kann Folge sein einer primären Gedächtnisstörung, aber auch Folge von Bewußtseins-(Apperzeptions-)störung, von Sinnestäuschungen, Wahngedanken, Blödsinn (apperzeptive, halluzinatorische, wahnhafte Desorientiertheit).

3. Delirien.

Unter Delirien versteht man (im Gegensatz zu Wahnideen) mehr die konfuse, zusammenhanglose Folge von Gedanken und Reden, wie sie z. B. auch bei hohem Fieber beobachtet und dabei als Fieberdelirium bezeichnet wird. Solche Delirien zeigen oft ein sonderbares Gemisch von Sinn und Unsinn.

Delirien beobachtet man besonders häufig bei aufgeregten, auch in beständiger Körperunruhe befindlichen Kranken. Die höchste Steigerung des delirierenden Zustandes zeigt ein nur durch wenige Pausen unterbrochenes Durcheinanderschwatzen mit völliger Ideenflucht (deliriöse Ideenflucht), wobei alles, was gerade durch den Kopf schießt, ausgesprochen wird, ohne jede Rücksicht auf Sinn und Zusammenhang.

4. Ideenflucht.

Ideenflucht ist aber oft in sehr ausgeprägtem Grade auch schon bei solchen Kranken vorhanden, die äußerlich ruhiger erscheinen. Sie findet sich nicht selten auch bei solchen Leuten, die von oberflächlichen Beobachtern noch nicht für geisteskrank gehalten werden. In diesem Falle pflegt der Inhalt der einzelnen Gedanken an und für sich nicht gerade verrückt zu sein, nur ihre Aneinanderreihung ist krankhaft. Viele Unzuträglichkeiten und Konflikte des täglichen Lebens können daraus entspringen, daß solche Individuen sich im freien sozialen Verkehr befinden (Hypomanie, maniakalische Exaltation; einige Fälle von beginnender Paralyse, u. s. w.).

Am reinsten pflegt die als Ideenflucht bezeichnete Störung des Vorstellungsablaufes bei der Manie aufzutreten (maniakalische Ideenflucht). Jeder äußere Anlaß, irgend ein Sinneseindruck, eine

sprachliche Aehnlichkeit (Klangassoziation = Verknüpfung zweier Vorstellungen auf Grund sprachlichen Gleichklanges) vermag den Gedankengang bei der Ideenflucht abzulenken und zu beeinflussen. Proben von Ideenflucht werden im speziellen Teile bei der Manie gegeben werden.

Von der Ideenflucht zu unterscheiden ist eine andere Form des Rededranges, bei welcher Sprachmanieren (Wiederholungen, Stereotypien u. s. w.) das hervortretende Symptom bilden. Solche Sprachmanieren (Beispiele im Kapitel: Katatonie) finden sich besonders bei dem im Jugendalter eintretenden Schwachsinn.

Ein völlig zusammenhangloses, ununterbrochenes Gerede ohne Sprachmanieren, welches nicht mit der Ideenflucht verwechselt werden darf, kann z. B. auch beim Altersblödsinn auftreten.

5. Denkhemmung.

Die Denkhemmung kann als Gegenteil der Ideenflucht bezeichnet werden. Sie kommt namentlich vor bei der Melancholie, sowie anderen depressiven Störungen, im Stupor und auch beim chronischen Hirndruck. Wie der Name sagt, ist das Denken bei diesem Zustande gehemmt, verlangsamt oder völlig unmöglich; dann steht es gewissermaßen still. Früher intelligente Kranke vermögen z. B. nicht das einfachste Rechenexempel mehr auszurechnen. Sie werden dann außerordentlich gern als „dement", „verblödet" bezeichnet, was aber durchaus falsch ist. Denn die Denkhemmung kann sich wieder völlig heben, und die Kranken werden so geistesgesund, wie sie früher waren.

6. Wahnideen.

Als Wahnideen werden solche verkehrte Gedanken bezeichnet, die (im Gegensatz zu den Delirien) in mehr zusammenhängender und festgehaltener, gewöhnlich auch äußerlich ruhiger Weise vorgebracht werden, und die zuweilen so guten Zusammenhang und logische Verknüpfung zeigen, daß man von einem förmlichen „Wahnsystem" sprechen kann, dessen Inhalt die sogenannten „fixen Ideen" bilden.

Der Charakter der Wahnideen hängt in der Regel innig mit der jeweiligen Gemütsstimmung zusammen und ist je nach dieser ein verschiedener.

Obgleich auch die Individualität eine große Rolle spielt mit ihren großen Verschiedenheiten je nach der Bildungsstufe, Nationalität, Religion und vielen anderen Bedingungen, so lassen sich trotzdem gewisse allgemeingültige Typen von Wahnideen aufstellen, die sogar mit einer gewissen überraschenden Regelmäßigkeit bei Menschen der verschiedensten Art und Herkunft wiederkehren.

Eine strenge Einteilung derselben ist aber unmöglich, da bei den einzelnen in Wirklichkeit zu beobachtenden Kranken verschiedene Wahnideen in verschiedenster Weise durcheinanderfließen. So treten z. B. Wahnideen religiösen Inhalts ebenso häufig in der Form des Größenwahns auf („Gott, Gottes Sohn, Prophet u. dgl. zu sein"), als in der Form des Verkleinerungswahns („verdammt, vom Teufel geplagt u. s. w. zu sein"). Ebenso tritt oft Verfolgungs- und Größenwahn bei demselben Kranken zusammen auf. („Ein verkanntes Genie, ein verkannter Fürst, deshalb Anfeindungen, Verfolgungen ausgesetzt zu sein.")

Nur zur beiläufigen Orientierung lassen sich etwa folgende Hauptgruppen von Wahnideen herausgreifen, die in besonderer und annähernd gleicher Häufigkeit bei Geisteskranken vorkommen.

a) **Religiöse,** von denen soeben die zwei Hauptrichtungen skizziert wurden; bei von Hause aus abergläubischen Menschen besteht eine

begreifliche Disposition dazu; deshalb große Häufigkeit des Versündigungswahns, des Wahns, irgend etwas Sacrilegisches u. dgl. begangen zu haben; oder die Ueberzeugung von der Notwendigkeit übertriebener religiöser Uebungen. Hier sind die Grenzen zwischen dem durchschnittlichen Aberglauben der Menge und den Produkten der individuellen Geisteskrankheit oft sehr fließend.

Sehr bemerkenswerter Weise kommen aber auch religiöse Wahnideen verschiedener Art bei geisteskrank gewordenen früheren Freidenkern vor.

Häufige Verbindung von religiösen und sexuellen Wahnideen bei beiden Geschlechtern. Beim Weibe oft in dem Gedanken an einen bestimmten Heiligen oder Geistlichen konzentriert. Beim Mann oft mit stark geübter Onanie verbunden, mit welcher Uebung religiöse Wahnvorstellungen verknüpft werden.

b) **Sexuelle:** Dominieren erotischer Phantasien. Speziell beim weiblichen Geschlecht die Gedanken der sogenannten Nymphomanischen.

Häufig auch speziell auf die sexuelle Sphäre gerichtete Hypochondrie oder Verfolgungswahn (z. B. Syphilidophobie), („sexuell krank zu sein, an den Sexualorganen von Feinden gemartert, zerschnitten, elektrisiert, magnetisiert u. s. w. zu werden").

Sexuellen Wahngedanken und Phantasien Hypochondrischer und Paranoischer (von manchen Aerzten auch als „Hysterische" und „Neurasthenische" bezeichnet) wird oft auch ärztlicherseits ein Wert beigelegt, der ihnen nicht zukommt. Man hat von dem „sexuellen Trauma" gesprochen, welches die „Hysterie" hervorgerufen haben soll, und hat dabei zu untersuchen vergessen, ob dieses „sexuelle Trauma" nun auch in Wirklichkeit sich ereignet hat und nicht bloß in der Einbildung der Kranken. Die sehr oft vorkommenden sexuellen Verfolgungsideen können sogar die Ursache von sensationellen Anklagen und Prozessen werden, wenn z. B. eine Paranoische öffentlich angibt, sexuell mißbraucht worden zu sein.

c) **Hypochondrische** im allgemeinen; Wahn, körperliche Krankheiten aller Art zu haben, während die Möglichkeit entrüstet abgewiesen wird, daß es sich bloß um krankhafte Einbildung auf psychischem Gebiet handle. Manchmal ist aber auch die Idee vorherrschend, daß unheilbare Geisteskrankheit (häufig „Hirnerweichung") unausbleiblich sei, wobei sich dann der sonderbare circulus vitiosus entwickelt, daß gerade die eingebildete Idee der drohenden schweren Geisteskrankheit, die tatsächlich nicht zum Ausbruch zu kommen pflegt, Aeußerung einer gegenwärtigen Geistesstörung ist. So ergibt sich hier eine eigentümliche Ausnahme von der allgemeinen Regel, daß Kranke mit ausgeprägten Wahnideen sich hartnäckig für geistig gesund erklären.

Hypochondrische Ideen bei Hypochondrie, Paranoia, Melancholie, progressiver Paralyse, Dementia praecox, Dementia senilis.

d) **Verfolgungswahnideen** mischen sich vielfach mit den übrigen, worüber schon oben einiges bemerkt; sie haben den verschiedenartigsten Inhalt. Ein praktisch sehr wichtiger Umstand bei denselben ist häufig, daß sie mit großer Zähigkeit im Innern verschlossen gehalten werden. Oft enthüllt erst eine Gewalttat, durch die sich der Kranke von imaginären Feinden zu befreien sucht, den wahren Sachverhalt. Das Gebaren mancher Menschen erscheint lange Zeit völlig rätselhaft, weil sie an sorgfältig verheimlichtem, stillem Verfolgungswahn leiden.

Diese Verheimlichung, Verleugnung von Verfolgungswahnideen wird auch oft in der Anstalt beobachtet, in welche der Paranoische gebracht wurde. Während er kurz vor der Einlieferung vielleicht äußerst aufgeregt und gewalttätig war, ist er während des Anstaltsaufenthaltes, oder überhaupt der ärztlichen Beobachtung, der ruhigste, verständigste und harmloseste Mensch, welcher die sein ganzes Denken bestimmenden Wahnideen sorgfältigst verbirgt. Diese Verheimlichung von Wahnideen heißt **Dissimulation**. Die Kenntnis derselben ist für den Arzt außerordentlich wichtig.

Während also unter Simulation die Vorspiegelung von Krankheiten bei Gesunden verstanden wird (z. B. um Straffreiheit, um eine Unfallrente zu erlangen), ist **Dissimulation** das Verheimlichen von etwas Vorhandenem. Ein dissimulierender Paranoiker, welcher heute als völlig geistesgesund erscheint, kann morgen die größte Gewalttat begehen. Ferner können Melancholische und Hypochonder dissimulieren, um die Umgebung zu täuschen, deren Wachsamkeit einzuschläfern und dann **Selbstmord** zu begehen.

Sehr häufig werden Verfolgungswahnideen auch durch Sinnestäuschungen genährt, besonders durch Halluzinationen des Gehörs (die Kranken hören die Stimmen derer, die sie bedrohen und verfolgen oder die Komplotte gegen sie schmieden, oder die Stimmen ihrer gemarterten Angehörigen und dergl.), oder des Geschmacks (Vergiftungswahn), auch des Geruchs (sie riechen die ekelhaften und gräulichen Sachen, mit denen man ihnen die Luft verpestet u. s. f.), oder auch Halluzinationen des Tastsinns und des Gemeingefühls (sie fühlen die Schläge der Maschinen, mittelst deren sie magnetisch vergiftet werden). Auf solchen Wahnideen beruht ein Teil der Fälle von Sitophobie. Auf diese Weise hängen auch hypochondrische Wahnideen mit Verfolgungswahnideen zusammen; letztere zeigen einen höheren Grad psychischer Abnormität insofern an, als dabei der Wahn nicht bloß eingebildete Leiden betrifft, sondern auch eingebildete Urheber derselben.

Verfolgungswahn bei Paranoia, Melancholie, Alkoholismus (auch Cocainismus), Dementia simplex, paralytica, senilis.

e) **Größenwahnideen.** Ihre häufige Kombination mit Verfolgungswahnideen wurde schon oben erwähnt. Sie erstrecken sich auf das Allerverschiedenste: persönliche Eigenschaften, Besitz, Herkunft, Geburt, Stellung u. s. w., sind bald in naiver aufdringlicher, bald auch in versteckter Weise vorhanden; ihr Inhalt ist bald ein an und für sich schon sinnloser und absolut unmöglicher, bald ein relativ zu der betreffenden Persönlichkeit falscher. Wahn außerordentlicher Gesundheit und Leistungsfähigkeit, oft verbunden mit Projektenmacherei, sinnlosen Einkäufen u. dergl.; Erfindungswahn (perpetuum mobile u. dergl.) oft in unmerklichen Grenzen übergehend in Bizarrerien, die noch leidlich verträglich sind mit gesunder Vernunft. (Möglichkeit, ein wirkliches Genie zu sein, das sehr weit über dem Durchschnittsmenschen steht, ungerechterweise für geisteskrank gehalten zu werden.)

Größenwahn bei Paralyse, Paranoia, Manie, Epilepsie, Dementia.
Der Größenwahn des Paranoischen hält sich gewöhnlich in gewissen Grenzen. Der Größenwahn des Paralytikers ist uferlos und in seiner Ungeheuerlichkeit meist vom paranoischen Größenwahn zu unterscheiden.

f) **Verkleinerungswahn**, oft mit hypochondrischem und Verdammungswahn verbunden. Häufig der Verarmungswahn: nichts mehr zu sein, nichts mehr zu besitzen: „alles ist verloren, das schrecklichste Schick-

sal steht bevor". (Viele Millionen Schulden.) Häufige Ursache der Nahrungsverweigerung, entweder: „man kann das Essen nicht mehr bezahlen, oder man ist nicht mehr wert, zu essen", oder: „angesichts des bevorstehenden schrecklichen Schicksals ist es nicht mehr der Mühe wert, zu essen", oder: „durch das Essen wird eine so riesige Defäkation erzeugt, daß keine Kanalisation der Welt sie aufzunehmen im stande ist".

Namentlich bei Melancholie; aber auch bei Paralyse, Paranoia u. s. w.

g) Wenn auch schon bei allen bisher aufgeführten Wahnideen immer das gemeinsame Moment nachzuweisen ist, daß die Beziehungen der Persönlichkeit zur Außenwelt und Wirklichkeit in irgend einer Richtung falsch aufgefaßt werden, so läßt sich doch noch speziell eine Kategorie von Wahnideen hervorheben, bei denen in ganz besonderem Maße die Verfälschung jener Beziehungen an und für sich hervortritt, ohne daß die Wahnideen im übrigen einen bestimmten Inhalt hätten. Man kann dann von **Beziehungswahn** reden, vielfach auch von **Symbolisierungswahn**: „Alles hat geheime Bedeutung, ist ein Zeichen, ein Symbol, das sich auf die Persönlichkeit des Kranken bezieht, alle Reden der Umgebung handeln von dem Kranken". Will man dann das Nähere über die Natur jener geheimen Bezüge wissen, so läßt die Antwort oft im Stich.

In erster Linie bei Paranoia.

h) Als besondere Gruppe lassen sich noch die **Verwechslungs- und Vertauschungswahnideen** bezeichnen, die sich bald auf die eigene Person, bald auf andere Personen oder auf unpersönliche Dinge beziehen. Behauptungen, die umgebenden Männer seien Frauen und umgekehrt — alles sei verwechselt, ausgetauscht; die eigene Person sei eine fremde, in ein Tier verwandelt u. dergl. [„Lykantropie", Wahn von der Verwandlung von Menschen in Wölfe][1]).

Eine nähere oder entferntere Beziehung derartiger Wahnideen zur eigenen Persönlichkeit ist überwiegend häufig. Viel seltener kommt vor, daß Wahnideen einen für die Person ganz gleichgültigen Inhalt haben, z. B. ein im Tal gelegener Ort liege auf dem Berge, da und dahin führe eine Eisenbahn, ein beliebiger Lebender sei gestorben u. dgl. Irrtümer, welche dann aller Evidenz zum Trotz hartnäckig festgehalten werden, ohne daß irgend ein persönliches Interesse an ihrer Festhaltung besteht.

Auch in Bezug auf **Verwechslungen in der Zeit** sind Wahnideen nicht selten; grobe Fälschungen und Verdrehungen in Bezug auf die zeitliche Entfernung und Verknüpfung von Erlebnissen, beruhend nicht auf bloßer Gedächtnisschwäche, sondern mit Wahnideen zusammenhängend und deshalb allen Einreden zum Trotz festgehalten.

Solchen Kranken gegenüber ist es deshalb ganz unmöglich, aus ihren eigenen Reden allein, dieselben mögen auch noch so reichlich fließen, ein richtiges Bild von ihrer Vergangenheit zu gewinnen. Man muß ihren Angaben gegenüber auch dann auf der Hut sein, wenn deren Inhalt sich nicht schon an und für sich sofort als ein sinnloser verrät.

Hierher gehören auch die zuweilen von Geisteskranken geäußerten Behauptungen, sie haben die gegenwärtigen Erlebnisse schon einmal oder schon mehreremale genau in gleicher Weise erlebt. Andeutungen solcher „Erinnerungsfälschungen" kommen auch bei geistig Gesunden vor, werden aber von diesen immer rasch korrigiert.

1) Werwolf — Wer = Mann; hat auch im historischen Volksaberglauben eine beträchtliche Rolle gespielt.

Merkwürdig sind die Aeußerungen mancher Geisteskranken über abnorme Vorstellungen in Bezug auf räumliche Verhältnisse. Manche behaupten, alle Gegenstände der Umgebung seien sehr weit von ihnen entfernt; oder: sie selbst schweben hoch über allem und können nicht auf die Erde gelangen. Andere glauben, rechts und links sei vertauscht, sie selbst umgedreht, in beliebige Objekte gesteckt und vieles Derartige.

Die falsche Einbildung großer Entfernungen findet sich übrigens häufig auch bei sonst geistig gesunden Fieberkranken.

Die Personenverwechslung in Bezug auf andere Personen ist ein sehr gewöhnliches Symptom bei vielen Geisteskranken und wird von denselben oft ganz konsequent geübt. In der Regel werden in neu entgegentretenden Personen, z. B. in der neuen Umgebung der Anstalt, alte Bekannte oder auch öffentliche Persönlichkeiten, alle möglichen Celebritäten, Fürsten u. s. f. gesehen. Oft werden aber auch die bekannten Personen der früheren Umgebung verkannt: die besuchende Gattin, Kinder u. dergl.

Ein häufiger Wahn geisteskranker Mütter ist der, daß ihre Kinder fremde seien, besonders auch, daß ein Neugeborenes ihr nicht gehöre, vertauscht, eventuell auch gar kein Kind, sondern ein Tier, eine Katze, eine Ratte u. dergl. sei — oder umgekehrt, daß ein Wollbündel, ein Leinwandlappen u. dergl. ihr Kind sei.

i) Die große Bedeutung der Ehe, des Verhältnisses der Geschlechter überhaupt, der Familie und der Beziehungen zwischen Eltern und Kindern spiegelt sich auch in den Wahnideen häufig wieder.

Der **Eifersuchtswahn** spielt bei vielen Geisteskranken beiderlei Geschlechts eine große Rolle. Krankhafte, gänzlich unmotiviert scheinende Abneigungen zwischen Ehegatten beruhen oft auf versteckten Wahnideen. Diese Zustände sind praktisch sehr wichtig, weil solche Kranke zuweilen in allen übrigen Verhältnissen des Lebens relativ normal erscheinen können, so daß ihre Krankheit eben nur an dem Verhalten zum Ehegatten zu erkennen ist und man sie deshalb in der Irrenanstalt fälschlicherweise für gesund halten kann.

Nicht selten begegnet man auch als vorherrschender Wahnidee derjenigen, daß gerade die nächsten Angehörigen, Gatten und Kinder, für besonders unglücklich veranlagt, schlecht, dumm, krank u. dergl. gehalten werden, oder (in der Art eines Verfolgungswahns) auch für besonders feindlich gesinnt.

Der Verkleinerungs- und Verarmungswahn erstreckt sich oft ausschließlich auf die Kinder, besonders bei geisteskranken Müttern, und führt zum Mord der eigenen Kinder, häufig kombiniert mit Selbstmord: „da die Kinder doch verloren seien, Hunger sterben oder an sonstigen Qualen elend zu Grunde gehen müssen".

Vorstehende kurze schematische Uebersicht über die Wahnideen muß naturgemäß eine lückenhafte sein, da noch unendlich Vieles aufgezählt werden könnte, was thatsächlich bei jedem Kranken wieder in etwas anderer Weise zum Ausdruck kommt. Man kann im allgemeinen sagen, daß kaum etwas noch so Tolles von der Phantasie eines gesunden Menschen mit größter Anstrengung ausgedacht werden kann, was nicht als unmittelbares Erzeugnis der Krankheit vom Geisteskranken mühelos produziert wird, und daß diese pathologische Wahrheit in der Regel alle künstliche Dichtung weit übertrifft.

Dichtern und Simulanten gelingt in der Regel die Darstellung von Wahnideen deshalb schlecht, weil in ihren künstlichen Produkten die bewußte Reflexion noch viel zu sehr sich hervordrängt im Gegensatze zu der pathologischen Naivetät des Geisteskranken, die sich auch dann noch bewährt, wenn der Inhalt der verrückten Gedanken von dem natürlichen Gedankeninhalt des gesunden Menschen noch so stark abweicht.

Die Wahnideen bleiben entweder unausgesprochen, zuweilen aufs sorgfältigste im Innern verschlossen, so daß nie eine Silbe davon über die Lippen geht (Dissimulation, s. Seite 9). Dann läßt sich ihr Vorhandensein nur durch Beobachtung des ganzen Benehmens des Kranken und seiner Handlungen erschließen.

Oder sie werden durch die Rede, häufig auch durch die Schrift geäußert, oft in überströmender Weise. Viele Wahnideen Geisteskranker gelangen sogar in den Buchdruck und Buchhandel (häufig Selbstverlag), so daß es schon eine stattliche Sammlung literarischer Manifestationen von Wahnideen gibt, die immer stärker anwächst. Von der Sucht mancher mit Wahnideen behafteter Kranker, absonderliche Wortbildungen zu ersinnen, ist in der speziellen Pathologie die Rede.

Delirien und Wahnideen bilden den eigentlichen Kern der intellektuellen Störungen der Geisteskranken. Wo sie deutlich nachweisbar sind, pflegt auch der psychiatrische Laie eine Geisteskrankheit anzuerkennen, der sehr geneigt ist, sie irrtümlicherweise für das wesentliche Merkmal der Geisteskrankheit zu halten. — Sie beruhen häufig in deutlich nachweisbarer Weise auf Sinnestäuschungen, stellen sich aber auch oft so dar, daß sie mehr als spontane Produkte der Phantasie betrachtet werden müssen, denen das sinnliche Element einer eigentlichen Illusion oder Halluzination fehlt.

Die Wahnideen bilden speziell bei der Paranoia so sehr einen integrierenden Bestandteil des Geisteslebens, der Persönlichkeit des Kranken, daß kein Vernunftgrund, keine Kraft der Ueberredung, keine Macht der Welt den Kranken von der Irrigkeit der für einen Geistesgesunden oft absurden und sofort widerlegten Wahnidee überzeugt.

Bei Melancholie und Vergiftungspsychosen verschwinden die Wahnideen mit oder bald nach dem Aufhören der Grundkrankheit. Bei zunehmender Verblödung verblassen oder verschwinden sie ebenfalls. Bei Hypochondrie und Paranoia können sie aber jahre- und jahrzehntelang festgehalten werden, ohne daß die geringste psychische Schwäche eintritt.

7. Zwangsvorstellungen.

Von den Wahnideen sind zu unterscheiden die Zwangsgedanken, Zwangsvorstellungen, eine krankhafte Art des Denkens, bei der sich bestimmte Ideen gegen den Willen und deshalb in der Regel zur Qual der von ihnen Befallenen immer wieder aufdrängen. Ihr Inhalt ist zuweilen, wie bei den Wahnideen, ein falscher, unmöglicher und absurder. In diesem Falle unterscheidet sich die Zwangsidee von der Wahnidee nur dadurch, daß der mit ihr Behaftete sie als etwas Fremdes und Krankhaftes erkennt, von der Wirklichkeit ihres Inhaltes nicht überzeugt ist, sondern zum mindesten beständig daran zweifelt. Der Inhalt einer Zwangsidee braucht aber überhaupt gar nicht immer ein unvernünftiger zu sein. Auch eine an und für sich vernünftige Idee kann durch ihr beständiges Sichaufdrängen zur Zwangsidee werden. Die leichtesten Grade dieser Zustände lassen sich überhaupt noch nicht als krankhaft bezeichnen. Sie kommen auch häufig vor bei Menschen, die geistig außergewöhnlich fein organisiert und hervorragend sind, und denen gegenüber man, abgesehen davon, durchaus keine Berechtigung hat, sie für geisteskrank zu halten.

Solange die Zwangsgedanken im Benehmen und den Reden der mit ihnen Behafteten nicht störend zum Ausdruck kommen, haben sie auch wenig praktische Bedeutung. Tritt aber der Zustand so auf, daß der Kranke gezwungen ist, auf Kosten zweckmäßiger Tätigkeit

sich ohne Unterlaß mit seinen Zwangsgedanken zu beschäftigen, so ist das Resultat für die ganze Stellung im Leben kein wesentlich anderes mehr, als wenn er mit einer Wahnidee behaftet wäre; ja die beständigen Reden und Fragen über den Inhalt der Zwangsvorstellung machen einen solchen für den normalen Verkehr oft noch viel unmöglicher als z. B. einen Kranken, der seine Wahnideen im Stillen herumträgt.

8. Schwachsinn und Blödsinn.

Als ein weiteres, wesentlich negatives Symptom krankhafter Intelligenzstörung ist die einfache Schwäche der Denktätigkeit aufzuführen, die man in leichteren Graden als Schwachsinn, in höheren als Blödsinn bezeichnet. Der Zustand ist im wesentlichen charakterisiert durch Gedächtnisschwäche, Urteils- und Kritiklosigkeit und durch die Unfähigkeit, neue Eindrücke richtig aufzunehmen und zu verarbeiten.

Dieser Zustand bildet bei vielen Geisteskranken das einzige bemerkenswerte Symptom und muß deshalb auch in der speziellen Pathologie, als eine ganze Gruppe von Geisteskranken charakterisierend, aufgeführt werden.

Schwachsinn kann angeboren (oder in frühester Kindheit erworben) sein. Er findet dann sein Maß an dem mittleren intellektuellen Durchschnitt gleichaltriger Individuen. Verfällt ein früher normaler erwachsener Mensch in Schwachsinn, so ist das Vergleichsmaß in seinem früheren Normalzustande gegeben.

Krankheitsgruppen mit Schwachsinn oder Blödsinn:
Idiotie,
Dementia simplex,
Dementia paralytica,
Dementia senilis.

9. Verwirrtheit.

Viele Geisteskranke zeigen einen Zustand ihres Vorstellens und Denkens, der unter keiner der bisher aufgeführten Kategorien unterzubringen und überhaupt schwer bestimmt zu charakterisieren ist. Es handelt sich dabei um keine irgendwie bestimmter hervortretenden positiven Symptome, wie es z. B. die Sinnestäuschungen, Delirien, Wahnideen sind, obgleich von all diesem etwas dabei vorhanden sein kann, aber nur in verschwommener wechselnder Weise, die kaum eine bestimmte Konstatierung zuläßt. Der Begriff: „Schwachsinn“ läßt sich auch nicht auf diese Zustände anwenden, da dieser Begriff hinwiederum zu sehr bloß negativ ist und das Wesentliche des fraglichen Zustandes gar nicht charakterisieren würde. Auch mit den oben unter A. 2. aufgeführten Zuständen von Trübung oder Verlust des Bewußtseins läßt sich der in Frage stehende Zustand prinzipiell nicht zusammenwerfen, obgleich im konkreten Falle die Grenzlinie oft sehr schwer zu ziehen ist.

Man bezeichnet den Zustand am besten mit dem Worte: **Verwirrtheit.** Der normale Zusammenhang des Denkens, den man als „logischen“ zu bezeichnen pflegt, besteht hier nicht. Das Denken dieser „verwirrten“ Kranken ist, bildlich gesprochen, gleichsam in Atome aufgelöst und spinnt sich nicht mehr, wie das normale, an einem Faden

fort. Dieser Zustand kann sich begreiflicherweise häufig zusammen vorfinden mit dem oben unter B. 2., 3., 4. besprochenen delirierenden und ideenflüchtigen. Doch gibt es auch viele „verwirrte“ Kranke, bei denen Delirien durchaus nicht in den Vordergrund treten, sondern die überhaupt ganz still sind. Mit ebenfalls stillen Geisteskranken ganz anderer Art wird man solche „verwirrte“ Kranke nicht leicht verwechseln, z. B. mit solchen, die Wahnideen im Innern verbergen, da diese, wenn man sie überhaupt zum Sprechen bringt, dann in ganz „logischer“ Weise sich äußern können.

C. Das Gefühlsleben.

Das Gefühlsleben ist ein außerordentlich wichtiger Bestandteil unseres psychischen Lebens, so wenig diese Tatsache auch den meisten Menschen zum Bewußtsein kommt. Jede von außen zur Wahrnehmung gelangende Empfindung, jeder Akt der Verstandestätigkeit, jeder Willensimpuls wird von Gefühlen begleitet. Mit dem Gefühlsleben nimmt das Individuum Stellung zur Außenwelt; aus ihm entspringen die Willensregungen. Charaktereigenschaften, Zu- und Abneigung, ästhetischer Genuß, Religionsbedürfnis, Fanatismus wurzeln im Gefühlsleben. Dieses stellt sich oft genug in Widerspruch zum Verstand. Vernunftgründe vermögen häufig nicht, bestimmte Gefühle (und daraus entspringende Handlungen) zu besiegen (zu verhindern).

Gemeingefühl ist dasjenige Totalgefühl, welches an die körperlichen (Organ-)Empfindungen geknüpft ist. Wohl- oder Uebelbefinden. Lust oder Unlust. Hunger, Durst, Sättigung, Müdigkeit, Schmerz, Ekel, Langeweile.

Affekte sind Gemütsaufregungen, d. h. stärkere Gemütsbewegungen mit intensiveren Wirkungen und oft einer gewissen Beeinträchtigung der Urteilskraft. Lust, Unlust. Exzitierende, deprimierende, spannende, lösende Affekte. Freude, Leid. Unwille, Zorn, Wut. Erwartung, Hoffnung, Furcht. Wehmut, Kummer, Traurigkeit, Gram, Schreck, Angst.

Störungen des Gefühlslebens.

Entsprechend seiner Wichtigkeit in der Reihe der psychischen Prozesse ist das Gefühlsleben bei Geisteskrankheiten stets ebenfalls irgendwie gestört. So kann, z. B. in gewissen Fällen von Idiotie oder Dementia, das Gefühlsleben eine viel stärkere Abnormität zeigen, als man nach den bestehenden intellektuellen Störungen erwarten sollte. Bei der Melancholie und Manie ist das Gefühlsleben in besonders offensichtlicher Weise alteriert.

Störungen des Gefühlslebens hängen oft innig zusammen mit den Störungen der Verstandestätigkeit, noch viel mehr aber mit den Störungen der Willenstätigkeit.

Es läßt sich bei den krankhaften Störungen des Fühlens die Haupteinteilung machen in:

a) Krankhafte Störungen der Gefühle im Allgemeinen, der ganzen Gemütslage und Stimmung.

b) Krankhafte Störungen, charakterisiert durch gewisse einzelne abnorme Gefühle bei im Allgemeinen nicht auffallend abnormer Gesamtstimmung.

a) **Krankhafte Störungen der Gefühle im Allgemeinen, der ganzen Gemütslage und Stimmung.**

1. Gemütsexaltation.

Abnorm **heitere**, unmotiviert lustige Gemütsstimmung, Ausgelassenheit, nicht unpassend auch heitere Verstimmung genannt. (Krank-

hafte „Euphorie“.) Nur heitere Gedanken tauchen auf, nichts vermag traurig zu stimmen, am wenigsten der eigene Zustand, so traurig er auch sein mag. Alles wird im heitersten Lichte gesehen; alles, was geschieht und was der Kranke selbst tut, macht Freude, geht von statten mit einem Gefühl von Leichtigkeit und Wohlbehagen.

Von den Symptomen der Kategorien A und B gesellen sich zu dieser abnorm heiteren Gemütsstimmung häufig Ideenflucht heiteren, übermütigen, mutwilligen, oft erotischen und obszönen Inhaltes; ferner heitere Sinnestäuschungen, Größenwahn und Personenverwechslung.

In der Kategorie D werden Symptome (Bewegungsdrang, Rededrang etc.) aufgeführt werden, welche durch ihr Hinzutreten das eben Geschilderte zu dem wichtigen „maniakalischen“ Symptomenkomplex ergänzen.

2. Gemütsdepression. Angst.

Abnorm **traurige**, unmotiviert schmerzliche Gemütsstimmung, Niedergeschlagenheit, traurige Verstimmung. Nur traurige Gedanken tauchen auf, nichts vermag heiter zu stimmen, am wenigsten die eigenen Verhältnisse, dieselben mögen noch so günstig sein. Alles wird im schwärzesten Lichte gesehen; alles, was geschieht und was der Kranke selbst tut, macht Seelenschmerz, geht von statten mit einem Gefühl von Schwere, Mißbehagen, Unvermögen, innerlicher Oede und Leere. Letztere wird besonders im Kopfe empfunden, daneben in der Brust oft ein Gefühl von quälendem Druck, Beklemmung, Beängstigung, die sogenannte „Präkordialangst“. Die Angst steigert sich manchmal zu Angstparoxysmen, mit sinnlosem Wüten und Toben gegen die Umgebung und gegen sich.

Dieser Zustand besteht zuweilen so, daß dabei keines der Symptome der Kategorie B in irgend erheblichem Grade gleichzeitig konstatiert werden kann. Zeigen sich dagegen, was in der Regel der Fall, gleichzeitig Symptome der Kategorie B, so sind diese in ziemlich selbstverständlicher Weise vorwiegend solche des Versündigungs-, Verdammungs-, hypochondrischen Verfolgungs-, Verkleinerungswahns, oder Sinnestäuschungen trauriger, ängstlicher, schrecklicher Natur.

In der Kategorie D werden zweierlei Symptome aufgeführt werden, welche die eben geschilderten in verschiedener Weise zu dem sogenannten „melancholischen“ Symptomenkomplex ergänzen, wobei praktisch besonders wichtig ist der mit diesen peinigenden Gefühlen und diesem „Lebensüberdruß“ verbundene Selbstmordtrieb.

3. Gemütsirritation.

Abnorm reizbare, zornmütige Verstimmung, in der Regel explodierend in die unter D zu schildernden Ausbrüche von Schelten, Toben, Schlagen. Ohne Ursache ist die Stimmung eine feindselige gegen die Umgebung. Symptome der Kategorie B lassen sich dabei zuweilen nicht in erheblichem Grade nachweisen; sind solche vorhanden, so handelt es sich im Wesentlichen um Größenwahn, Schwachsinn oder Verwirrtheit. Auch kommen solche Wutanfälle vor in rasch vorübergehender Weise bei Zuständen von Bewußtseinsverlust mit nachfolgender Erinnerungslosigkeit (Epilepsie, Alkoholismus).

4. Gemütsstumpfheit.

Abnorm gleichgiltige apathische Gemütsstimmung, Mangel natürlicher Gefühle, Teilnahmlosigkeit.

Dieser objektiv durch das Benehmen des Kranken sich dem Beobachter verratende abnorme Gefühlszustand ist wohl zu unterscheiden von dem zu 2. gehörigen, bei dem die Kranken zuweilen selbst auf das Bitterste darüber klagen, daß sie gar kein Gefühl mehr haben, innerlich wie abgestorben seien; Mütter z. B. mit Entsetzen und Abscheu vor sich selbst davon sprechen, sie seien so gefühllos, daß sie ohne Gefühl ihre Kinder vor sich ins Feuer werfen sehen könnten. Während nämlich jener Zustand von Gefühllosigkeit gerade als ein peinlicher gefühlt wird, so belästigt dagegen der hierhergehörige die betreffenden Kranken subjektiv gar nicht; sie sind durchaus und gänzlich gefühlsstumpf oder gefühllos.

In Verbindung mit Symptomen, die unter D zu schildern sind, stellt sich daraus ein praktisch sehr wichtiger krankhafter Zustand dar, bei welchem von Symptomen der Kategorie B nichts oder wenig vorhanden zu sein braucht, der also wesentlich auf dem Gebiete des Gemüts und Willens liegt (Stupor).

In anderen Fällen ist die Gefühlsstumpfheit verbunden mit parallel gehenden intellektuellen Störungen. So sind viele Schwachsinnige und Blödsinnige neben ihrem intellektuellen Stumpfsinn auch mit auffallender Gefühlsstumpfheit behaftet. Hierher gehören auch die häufigen staunenswerten Krankheitszustände, in denen die elementarsten Gefühle des Ekels aufgehoben sind; wo blödsinnige oder aufgeregte Kranke mit sichtlichem Behagen im Kote und allem Unrate schmieren, Kot verzehren, oft einen wahren „Kothunger" zeigen. Auch andere derartige Störungen des Gemeingefühls sind bei Geisteskranken sehr häufig: Fehlen von Hunger, Durst, Sättigung, Schmerz, Müdigkeit, Langeweile, Schamgefühl.

5. Gemütsveränderlichkeit.

Als eine weitere noch einigermaßen zu charakterisierende krankhafte Abnormität des Gefühlslebens ist aufzuführen die abnorm wechselnde, zwischen Extremen schwankende „labile" Gemütsstimmung, die sich bei manchen Geisteskranken findet. Krankhafter Stimmungswechsel. „Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt" kann man zuweilen von ihnen sagen. Dieser Zustand grenzt in unmerklichen Uebergängen an Gefühlszustände von „Gemütsmenschen", die man noch als geistig gesund betrachten muß.

Eine andere Art des „krankhaften Stimmungswechsels" ist das z. B. bei der Manie zu beobachtende Umschlagen aus der heiteren in die zornige Stimmung (Gemütsexaltation — Gemütsirritation). —

Auf dem Gebiete der Gefühle ist es noch schwerer als auf dem der Intelligenz, eine Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit festzustellen. Das Gefühlsleben ist schon beim zweifellos Geistesgesunden dasjenige, auf welchem am häufigsten ans Krankhafte streifende Erscheinungen auftreten, wie schon das deutsche: Leidenschaft, das griechische: πάθος („Pathologie") bezeichnend andeuten.

Auch bezüglich der Einteilung der Gefühle und ihrer Störungen ist es unmöglich, sie in erschöpfender Weise in Worte und Begriffe zu fassen. Das in den vorstehenden fünf Nummern Aufgeführte konnte nur einige besonders häufige und bei verschiedenen Individuen einigermaßen übereinstimmende Komplexe abnormer Gefühle herausheben. Daneben gibt es noch eine Menge von Gefühlszuständen bei Geisteskranken, die zwar auch durch die Krankheit bedingt, aber von den „Stimmungen" geistig Gesunder gar nicht oder nur wenig verschieden sein können. Außerdem ist selbstverständlich, daß Wahnideen und Sinnestäuschungen das Gemüt fast nie unbeeinflußt lassen und daß daraus abnorme Stimmungen entspringen, welche, die falschen Einbildungen als gegeben vorausgesetzt, selbst nicht als direkt krankhafte betrachtet zu werden brauchen.

Für die praktische Beurteilung ist das wichtigste Merkmal krankhafter Gefühlszustände an und für sich die Abweichung von dem, was dem gesunden und normalen Durchschnittsmenschen als „natürlich" erscheint, stets jedoch unter sorgfältiger Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse, der Abstammung, des Geschlechtes, des Alters, des Bildungsgrades, der sozialen Stellung des in Frage stehenden Menschen. Angesichts zweier unter all diesen Gesichtspunkten weit auseinander stehender Individuen kann der gleiche Gefühlszustand

bei dem einen ganz normal, bei dem anderen höchst abnorm sein. In noch höherem Maße trifft dies in der Kategorie D bei der Aeußerung der Gefühlszustände zu, was hier schon im voraus ein für allemal bemerkt sein mag.

Im konkreten Falle ist aber die Konstatierung einer Abweichung von den dem betreffenden Individuum „natürlichen" Gefühlen trotzdem in der Regel nicht so schwer, als es nach dem oben Auseinandergesetzten scheinen könnte: entweder deshalb, weil die abnormen Gefühlszustände in so starker Weise auftreten, daß sie zweifellos auch mit dem weitesten Begriffe von geistiger Gesundheit nicht mehr vereinbar sind; oder deshalb, weil zwar an und für sich nicht zweifellos außerhalb der Durchschnittsnorm liegende Gefühlszustände bei einem Menschen aufgetreten sind, dem sie früher zweifellos fremd waren. Handelt es sich freilich um zweifelhafte, nicht zu stark von der Durchschnittsform abweichende Gemütszustände, die bei einem Individuum von jeher bestehen, so kann die Entscheidung darüber, ob Geisteskrankheit zu behaupten sei oder nicht, von der subjektiven Auffassung des Beurteilers einigermaßen abhängen, je nachdem derselbe nämlich den Begriff der geistigen Gesundheit enger oder weiter faßt. Da Symptome der Kategorie D aufs engste hiermit zusammenhängen, so wird der hierbei ausschlaggebende Gesichtspunkt dort zur Sprache kommen.

b) Krankhafte Gefühlsstörungen, charakterisiert durch gewisse einzelne abnorme Gefühle bei im allgemeinen nicht auffallend abnormer Gesamtstimmung.

Hier sind die wichtigsten Erscheinungen (bei denen durchweg zu beachten ist, daß auch das hier Aufzuführende seine notwendige Ergänzung immer erst durch die zugehörigen Symptome der Kategorie D finden kann):

1. Bestimmte abnorme Gefühle, welche den Wahnideen der Kategorie B entsprechen: **Wahngefühle.**

Dieselben treten in der allermannigfaltigsten und unerschöpflichsten Weise auf, weshalb hier die Anführung einiger Beispiele genügen muß. Krankhafte Zuneigungen oder Abneigungen; „Idiosynkrasien" auf der Grenzscheide geistiger Gesundheit und Krankheit. Derartiges kann für den sozialen Verkehr sehr störend werden. Zwischen Ehegatten, Eltern und Kindern z. B. können krankhafte Abneigungsgefühle gerade so viel Unheil stiften als ausgeprägte Wahnideen. Perverse Sexualgefühle können ein Individuum für die normale menschliche Gesellschaft unmöglich machen u. s. f. Weiteres darüber in D.

2. Bestimmte abnorme Gefühle, welche den Zwangsideen der Kategorie B entsprechen: **Zwangsgefühle.**

Ihr Unterschied gegenüber den Wahngefühlen ist der gleiche, wie der der Wahnideen gegenüber den Zwangsideen: daß die Zwangsgefühle von dem mit ihnen Behafteten als etwas Fremdes, Unnatürliches und Krankhaftes anerkannt werden.

Auch hier wäre Unzähliges aufzuführen, wovon ebenfalls einige Beispiele genügen müssen. Besonders wichtig ist eine Menge von ängstlichen Zwangsgefühlen, die sich nur auf gewisse bestimmte Gegenstände beziehen. Der davon Befallene sieht die Absurdität seiner Angst ein, kann sich ihrer aber nicht erwehren. Beispiele: Agoraphobie, Platzangst (vor weiten Plätzen und Räumen); Gynaekophobie, Angst vor jeder Begegnung mit dem weiblichen Geschlechte; Mysophobie, stete Angst, sich zu beschmutzen, und vieles derartige mehr oder weniger noch mit gesunder Vernunft Verträgliche, oft komisch Wirkende, die damit Behafteten und ihre Umgebung in der Regel aber sehr Quälende. Was nur an Sonderbarkeiten ausgedacht werden kann, kommt auf diesem Gebiete tatsächlich vor: Individuen, die von den unangenehmsten Gefühlen befallen werden, wenn sie Handschuhe, andere, wenn sie Frauen mit Hüten sehen; solche, die der Anblick von Schuhen, von Wäschestücken sexuell erregt u. dergl. Die Kasuistik dieses Gebietes ist unerschöpflich und wird im Laufe der Zeit noch die Beschreibung unzähliger derartiger

kläglicher Absonderlichkeiten zu Tage fördern, über welche man sich im einzelnen durchaus nicht mehr jedesmal aufs neue zu wundern braucht.

D. Die Willensvorgänge.

Der Wille zum Handeln, als das Endglied eines psychischen Vorganges, ist noch eine rein intrapsychische Erscheinung. Zur Willenshandlung wird er dann, wenn er die entsprechenden Muskeln in der beabsichtigten Weise in Bewegung setzt. Erst durch Willenshandlungen (sei es Sprechen, Schreiben oder irgend ein anderer Willensakt) erhält die Außenwelt eine genügende Anschauung von der Verstandes- und Gefühlstätigkeit des Individuums. Oder, allgemeiner ausgedrückt: Alles Psychische muß, wenn es beobachtet werden soll, in irgendwelcher Weise irgendwelche Muskeln passiert haben.

Die Störungen des Wollens und Handelns.

Ihre Ursachen sind mannigfaltigster Art, zum Teil Folgeerscheinungen der unter A bis C genannten Störungen. So vermögen **Sinnestäuschungen und Wahnideen** zu den abnormsten Handlungen bei Geisteskranken zu führen, wobei diese Handlungen an sich nicht direkt krankhaft sind, sondern logische und zweckmäßige Reaktionen auf die primäre, für Wirklichkeit gehaltene Störung.

Außer den motivierten Handlungen der Geisteskranken gibt es auch in großer Anzahl unmotivierte, direkt krankhafte Handlungen; letztere sind für den Verstand des gesunden Menschen sehr schwer begreiflich, weil dieser, wenn er über Handlungen sich besinnt, in seinem Bewußtsein scheinbar nur motivierte vorfindet. Um die betreffenden krankhaften Zustände richtig auffassen zu können, dazu gehört so viel Abstraktion von dem bekannten menschlichen Durchschnittsverhalten, daß man sich z. B. manche Selbstmordakte und ähnliches als genau ebenso unmittelbar krankhaft bedingt vorstellen kann, wie eine krampfhafte Zuckung.

Auch bei den krankhaften Störungen des Wollens und Handelns läßt sich (analog mit der in der Kategorie C) die Haupteinteilung machen in:

a) Krankhafte Störungen des Wollens und Handelns **im allgemeinen,** des ganzen Willens- und Tätigkeitszustandes.

b) Krankhafte Störungen, charakterisiert durch gewisse einzelne abnorme **Triebe** und Handlungen bei im allgemeinen nicht auffallend abnormer Willensrichtung und Handlungsweise.

a) Krankhafte Störungen des Wollens und Handelns im allgemeinen, des ganzen Willens- und Tätigkeitszustandes.

1. Unruhe bei Gemütsexaltation und -irritation.

Abnorm unruhiges, aufgeregtes Benehmen, beständiger **Bewegungsdrang.** sich äußernd im ganzen Körper, in Armen und Beinen, und besonders in den Sprachorganen (Rededrang). Die Bewegungen unterscheiden sich an und für sich nicht von normalen Bewegungen Gesunder, erfolgen nur in zu großer Hast und ohne normale Pausen. (Daher auch der passende Vergleich im Volksmunde: der und der rennt wie verrückt u. dergl., um große Hast zu bezeichnen.) Der Zustand steigert sich bis zur **Tobsucht** mit enormer Geschwätzigkeit.

Der Kranke muß unablässig umherlaufen, steigen, klettern, springen, hüpfen, tanzen, zerreißen, zerschlagen, werfen, reiben, trommeln, sich entkleiden, speien, schmieren, schwatzen, lachen, zuweilen auch weinen u. s. f.

Neben diesem höchsten Grade der Tobsucht, der sich am weitesten entfernt vom Benehmen des normalen Menschen, gibt es leichtere Grade „maniakalischer" Zustände, bei denen der Lärm nicht so groß, die Verletzung des Anstandes nicht so hochgradig ist. In den leichtesten Graden besteht nur Unstätigkeit im Benehmen, ein gewisser Tätigkeitsdrang und manchmal abnorme Geschwätzigkeit.

Von den Symptomen der Kategorie B sind die charakteristischen Begleitsymptome dieses Zustandes: die Ideenflucht und die Personenverwechslung.

Von den Symptomen der Kategorie C gehören wesentlich hierher: sowohl die unter 1. aufgeführte ausgelassene Heiterkeit, Gemütsexaltation, als die unter 3. aufgeführte zornmütige Stimmung. Beide wechseln bei demselben Individuum häufig, so daß die bunteste Mischung von Heiterkeit und Zorn sich abspielt. Entsprechend ist dann auch das Verhalten gegen die Umgebung bald ein harmloses, bald ein aggressives, doch nie besonders gefährliches, weil jeder Nachdruck fehlt. Auch die häufigen Verletzungen, welche die Kranken in diesem Zustande sich selbst zufügen, sind als rein zufällige zu betrachten.

Zu bemerken ist noch, daß man die beim weiblichen Geschlechte in stärkerem oder gelinderem Grade häufig vorkommende maniakalische Erregung mit vorwiegend erotischer Färbung als „Nymphomanie" bezeichnet, und daß, wenn dieselbe einen hohen Grad erreicht, besonders mit diesem Zustande die Neigung zum „Schmieren", Salben der fliegenden Haare mit Kot und Urin u. dergl. verbunden ist.

Beim männlichen Geschlechte spielen sexuelle Momente in maniakalischen Zuständen eine etwas geringere Rolle. Krankhaft gesteigerten Geschlechtstrieb beim Manne pflegte man früher als „Satyriasis" zu bezeichnen.

In seiner reinsten Form ist der Symptomenkomplex von Bewegungsdrang, abnorm heiterer oder zorniger Stimmung, Ideenflucht, Personenverwechselung u. s. w. vorhanden bei der Manie. Aehnliche Bilder sind manchmal auch bei der progressiven Paralyse zu treffen.

2. Unruhe bei Gemütsdepression.

Eine andere Art der Tobsucht ist die aus Gemütsdepression ausbrechende. Während in der Regel die in C 2. geschilderte Stimmung verbunden ist mit der nachher zu beschreibenden Ruhe und Bewegungslosigkeit, bricht die Depression zuweilen auch aus in heftige motorische Entladungen. In diesem Falle wüten die Kranken mit Nachdruck gegen sich, manchmal auch gegen andere, sind deshalb gefährlich.

Sie sind nicht ideenflüchtig, sondern bleiben im Gegenteile mit unnatürlicher Zähigkeit auf der Aeußerung bestimmter Verkleinerungs-, Verfolgungs-, Verdammungs- u. dergl. Ideen oder verzweifelter Gefühle, die sie oft durch heftiges Schreien äußern. Sie reißen sich die Haare aus, zerstoßen, zerkratzen, zerschlagen sich und suchen sich das Leben zu nehmen, entweder direkt auf alle möglichen Arten oder dadurch, daß sie hartnäckig die Nahrungsaufnahme verweigern.

In gelinderen Graden dieses Zustandes sind die Kranken, ohne gerade gegen sich zu wüten und in zu starker Weise sich Luft zu machen, wenigstens von einer beständigen Unruhe erfüllt, die sie nicht auf einem Platze, nicht über einer Arbeit bleiben läßt. Dieser Zustand kann die Ursache unstäten Umherreisens oder Wanderns werden, wobei man früher zuweilen von „melancholia errabunda" sprach. In der Anstalt müssen Kranke in

diesem Zustande besonders sorgfältig bewacht werden, da sie, unmittelbaren Impulsen gehorchend, bei jeder Gelegenheit entweichen. Frägt man sie nachher, warum sie es getan, so wissen sie dafür keinen Grund anzugeben.

Zu erwähnen sind hier noch die ziemlich selten vorkommenden krankhaften Wutanfälle, die rasch vorübergehend bei schwer getrübtem Bewußtsein und in der Regel mit nachfolgender Erinnerungslosigkeit auftreten, zuweilen ganz plötzlich aus einem scheinbaren Normalzustand heraus. Bei diesem „Toben" können schwere Gewalttaten bis zu Totschlag vorkommen.

3. Unruhe bei tiefer Verwirrtheit.

Neben denjenigen Zuständen krankhaft gesteigerten Bewegungsdrangs, die im Vorstehenden als „tobsüchtige" beschrieben wurden, gibt es noch andere, bei welchen die Bewegungen nicht sowohl bloß zu heftig und unablässig oder wütend erfolgen, sondern bei denen die Bewegungen an und für sich schon ganz abnorm sind. Diese Zustände bilden den Uebergang zu den bei Geisteskranken ebenfalls häufig zu beobachtenden krampfhaften Explosionen, welch letztere jedoch nicht in der allgemeinen Pathologie der Geisteskrankheiten, sondern in der der Nervenkrankheiten zu behandeln sind.

Die hier in Rede stehenden Zustände von Unruhe sind charakterisiert durch ganz sinn- und zwecklose Bewegungen. Drehen und Wälzen des Körpers, ruck- und stoßweises Schleudern und Schnellen der Extremitäten u. dergl. Von Symptomen der Kategorie A u. B sind damit verbunden: Verwirrtheit und Trübung oder Verlust des Bewußtseins; im Falle der Genesung nachher häufig völliger Verlust der Erinnerung daran. In Bezug auf die Kategorie C läßt sich nie etwas Bestimmtes konstatieren: eine bestimmte Gemütsverfassung spielt bei diesem Zustande durchaus keine Rolle, bei welchem alle psychischen Vorgänge in der auf Seite 13 geschilderten Weise zusammenhangslos und aufs tiefste verwirrt sind. Auch in Bezug auf die sprachlichen Aeußerungen besteht der gleiche Gegensatz: daß in diesem Zustande in der Regel nur noch sinnloses Lallen beobachtet wird, also nicht einmal mehr von Ideenflucht gesprochen werden kann.

Selbstmordsüchtig sind die Kranken in diesem Zustande nicht, auch können sie nach dem Vorstehenden selbstverständlich nicht in nachdrücklicher und absichtlicher Weise die Nahrung verweigern, da sie dazu viel zu verwirrt sind. Aber sie bieten in der Regel der Nahrungsaufnahme auch große Schwierigkeiten, wenn sie nicht einmal mehr zu geordneten Kau- und Schluckbewegungen fähig sind. Die ihnen eingeführte Nahrung wird im Mund herum gewälzt und kommt sofort wieder zum Mund heraus.

Solche Zustände schwerster Tobsucht bei Verwirrtheit sind auch als „Delirium acutum" bezeichnet worden. Sie können bei verschiedenen Geistesstörungen vorkommen: Infektiöse Delirien, progressive Paralyse, Katatonie, Amentia, schwerste Manie.

4. Unruhe der Blödsinnigen.

Bei von Haus aus bestehendem oder später entstandenem Blödsinn kommen die mannigfaltigsten abnormen Zustände gesteigerter Beweglichkeit, zuweilen mit tierischer Behendigkeit gepaart, vor, die auf den Beobachter den unmittelbaren Eindruck der „Hirnlosigkeit" machen, d. h. eines psychischen Zustandes, der, beim Kinde in den ersten Lebensmonaten normal, später ein Beweis davon ist, daß das Hirn seine, die Bewegungen lenkende und zügelnde, Fähigkeit nicht

erlangt oder wieder verloren hat. Besonders häufig ist ein Benehmen, das man mit der Bezeichnung: „läppisch" charakterisieren kann.

Von einzelnen derartige Individuen beherrschenden, manchmal sehr fatalen Impulsen wird unter b) die Rede sein.

5. Abnorme Ruhe und Bewegungslosigkeit, zusammenhängend mit Gemütsdepression.

Der gewöhnliche Zustand der Motilität bei den in C 2. geschilderten Gemütszuständen. Die Kranken, denen alles schwer fällt, vollführen wenige langsame Bewegungen. Sie klagen oft selbst darüber, daß sie gar nichts tun können, daß sie wie Maschinen zu keiner selbständigen Bewegung, zu gar keinem Wollen fähig seien. Dieses „Nichtwollenkönnen" wird als „Abulie" bezeichnet und ist eines der quälendsten Symptome von Geisteskrankheit.

In den höchsten Graden dieses Zustandes, bei der sogenannten „Melancholia attonita" (der „angedonnerten") sind die Kranken ganz regungslos und starr, sitzen mit ängstlichen Zügen da und tun gar nichts, nehmen auch keine Nahrung zu sich. Man muß sie ihnen eingeben, bald nehmen sie sie dann ohne Widerstand auf, bald sind sie nicht dazu zu bringen, auch nur den Mund zu öffnen. Manche solche Kranke würden, sich selbst überlassen, zweifellos verhungern, da gleichzeitig auch der Trieb nach Nahrung, der Appetit, völlig aufgehoben ist (was man mit dem Worte: Anorexie, von ὄρεγομαι, begehre, bezeichnet).

Immer muß man bei diesem Zustand auch darauf gefaßt sein, daß er in den unter 2. geschilderten unruhigen und aufgeregten umschlägt und ausbricht. Auch sind Selbstmordakte stets zu gewärtigen, die oft ganz plötzlich aus tiefer Ruhe heraus rasch ausgeführt werden.

6. Abnorme Ruhe bei Willenslähmung.

War das unter 5. Geschilderte noch wesentlich durch Gemütsdepression mit den entsprechenden Gefühlen und Gedanken charakterisiert, so ist nun ein anderer Zustand abnormer Ruhe und Bewegungslosigkeit besonders zu betrachten, zu dessen Charakterisierung eine bestimmte Gefühlsverfassung durchaus nicht wesentlich gehört. Es ist dies der überaus merkwürdige und sonderbare, den man als **„Stupor"** bezeichnet und mit dem häufig das Symptom der „Katalepsie" verbunden ist. Es ist schwer, sich in diesen Zustand hineinzudenken. Alle Willensäußerungen sind aufgehoben oder auf ein Minimum reduziert, ohne daß wie in 5. deprimierte Gefühle und Gedanken nachzuweisen wären, welche als starke lähmende Affekte das Gebundensein der Aktivität erklären könnten.

Die Kranken sind stumm, ohne daß, wie in anderen Fällen, bestimmte Wahnideen Ursache wären. Durch heftiges Stimulieren gelingt es manchmal, nach einer beträchtlichen Anzahl von Sekunden, eine Antwort im Flüstertone aus ihnen herauszupressen.

Ein sehr bemerkenswerter Umstand ist, daß solche aller eigenen Willenstätigkeit bare Kranken oft ganz besonders prompt, wie aufgezogene Automaten, fremden Willensanstößen folgen. Selbst in den Sprachaktionen kann dies vorkommen in der Weise, daß Kranke, die nicht oder nur nach heftigster Stimulierung im stande sind, auf die einfachste Frage eine Antwort selbst zu bilden, Vorgesprochenes geläufig nachsprechen oder auch mechanisch Eingelerntes, Gebete u. dergl. hersagen. Doch ist die Gebundenheit der Sprach-

tätigkeit in der Regel eine völlige, und der Gegensatz zeigt sich nur für die übrigen Bewegungen des Körpers, so daß also z. B. ein Kranker, der ohne fremden Anstoß tagelang unbeweglich auf einem Flecke steht, jedes Kommando: dahin oder dorthin zu gehen, rechts oder links zu schwenken, sich umzudrehen, etwas hin- und herzutragen, zu apportieren, wie ein gelehriger Pudel befolgt, ohne im mindesten sich über die zwecklosen Evolutionen aufzuhalten (Befehlsautomatie).

Diese Art von Kranken ist in der Regel schon auf den ersten Blick kenntlich durch die ausdruckslosen Gesichtszüge, bei denen man oft mit Recht von etwas „Maskenartigem“ sprechen kann. Dadurch unterscheiden sie sich von den ebenfalls starren Kranken in 5., die unter dem Einflusse starker deprimierender Affekte stehend ängstlich gespannte Züge zeigen.

Falls die hier in Rede stehenden Kranken wieder genesen und die Fähigkeit zu sprachlicher Aeußerung wieder erlangen, so ist es sehr merkwürdig, daß sie in der Regel die Erinnerung an ihren abnormen Zustand völlig bewahrt haben und je nach dem Stande ihrer Bildung und Intelligenz Rechenschaft über denselben zu geben vermögen. Man bekommt dann immer die gleichlautende Auskunft, sie haben alles gewußt und gefühlt, was um sie und mit ihnen vorgegangen sei; aber sie haben nichts gekonnt, seien keiner Aeußerung fähig gewesen; sie haben sich nicht einmal wehren können, wenn man ihnen Schmerzen bereitet habe, so lebhaft sie es auch gefühlt und gewünscht hätten, daß der Schmerz aufhöre.

Unter dem zu diesem Zustande zuweilen hinzutretenden Symptome der „Katalepsie“ begreift man eine Verfassung der Körpermuskulatur, bei der dieselbe ohne aktive Innervationsänderung den Innervationszustand abnorm lange festhält, in dem sie sich gerade befindet, wie er ihr z. B. durch fremde Hand passiv aufgenötigt wurde. Ein ausgestreckter Arm, den der nicht kataleptische Mensch herunterzieht, bleibt lange Zeit ausgestreckt, bis er ganz allmählich durch die Schwere herabgezogen wird, wenn die Muskelkraft endlich erschöpft ist. Sehr wichtig ist dabei der Mangel des natürlichen Ermüdungsgefühls, ohne welchen Mangel die Erscheinung undenkbar wäre.

Fig. 1. Katatonische Kranke im Stupor mit Katalepsie und Flexibilitas cerea.

Als eine besondere Erscheinung bei der Katalepsie läßt sich noch die sogenannte „flexibilitas cerea“ (die „wächserne Biegsamkeit“ der Gliedmaßen)

hervorheben. Diese vorzugsweise in den Muskeln des Nackens und der Arme auftretende Verfassung der Muskulatur ist dadurch gekennzeichnet, daß in einer von den normalen Muskelzuständen stark abweichenden Weise in jeder Lage der Glieder die antagonistischen Muskeln in gleicher Spannung sich befinden. Bei allen Bewegungen, die von fremder Hand in den Gelenken vorgenommen werden, leisten diese gleichmäßig gespannten Muskeln einen mäßigen, jedoch immer zu überwindenden Widerstand, und daher rührt der Vergleich mit einer zähen aber knetbaren Masse.

Eine gerade entgegengesetzte Verfassung der Muskulatur tritt ebenfalls zuweilen bei „stuporösen“ Kranken ein: sogenannte **Kontrakturzustände,** bei denen (besonders in der Muskulatur der Arme) eine Antagonistengruppe, und zwar in der Regel die der Beugemuskeln, in bedeutendem Uebergewicht und so stark innerviert ist, daß sie Versuchen, sie zu dehnen, den stärksten Widerstand entgegensetzt. Diese Erscheinung, die in der allgemeinen Pathologie der Nervenkrankheiten bekanntlich als halbseitige eine große Rolle spielt bei den Symptomen eines Erkrankungsherds in einer Hirnhemisphäre, ist bei den uns hier beschäftigenden Kranken eine doppelseitige und nicht von einer lokalisierbaren Hirnkrankheit abhängig, sondern Begleiterscheinung eines hohen Grads der als „Stupor“ bezeichneten Geistesstörung; sie muß deshalb auch hier, nicht in der allgemeinen Pathologie der Nervenkrankheiten, zur Sprache kommen. Infolge dieser („psychomotorischen“) Kontrakturzustände sind derartige Kranke oft in den allerabnormsten Haltungen zusammengekrümmt und zusammengekauert.

Eine Anzahl motorischer Krankheitserscheinungen, welche den hier geschilderten verwandt sind, wird bei der Katatonie eingehendere Erwähnung finden. Denn bei dieser Krankheit finden sich derartige Symptome am häufigsten.

7. Abnorme Ruhe der Blödsinnigen.

Ein weiterer Zustand abnormer Ruhe und Bewegungslosigkeit ist der mit intellektuellem Schwachsinn und Gefühlsstumpfheit verbundene. Hier fehlen Bewegungen und Handlungen, weil das geistige Leben überhaupt auf ein Minimum reduziert ist; es ist der Zustand des regungslosen apathischen Blödsinns, des geistigen Todes. Bei diesem Zustande zeigt der ganze Habitus und die Physiognomie nicht ein Gebundensein oder eine nur vorübergehende Suspension der Willensäußerungen an, sondern ein völliges Erloschensein alles Wollens und Handelns.

8. Perverses Wollen und Handeln von Geisteskranken.

Auch abgesehen von den unzähligen Perversitäten des Handelns, die aus Störungen der Intelligenz, speziell aus Wahnideen, entspringen müssen, bleibt eine Menge von abnormen Willensrichtungen und Willensäußerungen als Symptom von Geisteskrankheit.

In C 4. wurde als eine Abnormität des Gemütslebens die Gefühlsstumpfheit, der Mangel natürlicher Gefühle verzeichnet. Die Handlungen der mit diesem Gemütszustande Behafteten sind natürlich häufig entsprechend abnorme. Wichtig ist dabei insbesondere die häufig mit der intellektuellen Entwicklung des Betreffenden im Mißverhältnisse stehende Unfähigkeit zu

einer normalen Lebensführung, hervorgehend aus Mangel an Gefühl für das Natürliche und Schickliche.

Es gibt aber sogar Geisteskranke, denen es weder an Intelligenz, noch selbst an natürlichen Gefühlen mangelt, und die trotzdem durch perverse Handlungsweise und Lebensführung auffallend und störend werden. Eine krankhafte Neigung zu dummen, zwecklosen, in der Regel nicht nur anderen, sondern dem Betreffenden selbst schädlichen Handlungen zeichnet diese Individuen aus, die dabei eine Intelligenz besitzen können, welche an und für sich ausreichend wäre, um sie ohne Anstoß durch das Leben zu bringen, und die auch keine auffallende Gefühlsstumpfheit zu zeigen brauchen. So kann ein bei jeder Gelegenheit sich wieder aufs neue verratender **Mangel an Selbstbeherrschung** dazu zwingen, einen Menschen für geisteskrank zu erklären, dessen Intelligenz und dessen Gefühle sich im Gespräch mit ihm als frei von erheblichen Abnormitäten zeigen. Die Beurteilung solcher Zustände ist aber oft ungemein schwierig. Hier mag nur so viel bemerkt werden, daß auch bei diesen Zuständen die Behauptung, daß es sich um Krankheit handelt, viel bestimmter aufzustellen ist, wenn sich bei einem früher durchaus normalen Menschen solche Charakterveränderungen zeigen; daß dagegen die Entscheidung darüber, ob Geisteskrankheit zu behaupten ist oder nicht, bedeutend erschwert ist gegenüber von einem in dieser Richtung von jeher abnormen Individuum. Der in diesem Falle maßgebende praktische Gesichtspunkt, auf den schon an der entsprechenden Stelle unter C vorausverwiesen wurde, ist der, daß ein derartiges Individuum nur dann gegen seinen Willen ein Objekt der Psychiatrie zu werden braucht, wenn es durch seine Abnormitäten nachgewiesenermaßen andere stört und hindert in normaler Lebensführung und der Erreichung vernünftiger Zwecke. Deshalb kommt hierbei sehr viel auf die äußeren Verhältnisse an. Eine völlig alleinstehende, ganz unabhängige Persönlichkeit, welche auf niemanden und auf welche niemand angewiesen ist, kann die stärksten krankhaften Abnormitäten der Lebensführung zeigen, ohne damit irgend jemandem zu schaden. Ist er selbst dann mit sich zufrieden, so liegt durchaus kein Anlaß vor, ihn zum Objekt der Psychiatrie zu machen.

Handelt es sich dagegen um eine Person, von deren normaler Lebensführung auch für andere die Möglichkeit normalen Lebens abhängt, wie vor allem bei Ehegatten, Eltern, Lehrern, Personen in öffentlichen Stellungen, so können schon leichtere Abweichungen von der Norm zum Eingreifen des Irrenarztes, eventuell zur Freiheitsberaubung zwingen. Es handelt sich hier um die Individuen, die hervorragend wichtig sind als Objekte der später verzeichneten „sozialen Behandlung".

Die Beispiele im einzelnen für die Aeußerungen derartiger Abnormitäten sind in der speziellen Pathologie bei der Schilderung des „moralischen Irrsinns" mitzuteilen; hier sei nur als allgemeines Charakteristikum angeführt, daß das Krankhafte in der Handlungsweise der betreffenden Personen fast immer sich am auffälligsten verrät in der allem vernünftigen Selbsterhaltungstrieb des gesunden Menschen entgegengesetzten Art, wie sich die Betreffenden in ihren Handlungen immer am meisten selbst schaden. Durch den Hinweis auf dieses Merkmal ist es auch häufig möglich, selbst dem in psychiatrischen Dingen Unerfahrensten den Unterschied klar zu machen zwischen einem schlechten, schädlich egoistischen und deshalb unsozialen und einem geisteskranken Menschen, die sich im übrigen oft in vielen Stücken genau gleichen.

Abweichungen der Handlungsweise von der menschlichen Durchschnittsnorm im Sinne außergewöhnlicher Uneigennützigkeit, Aufopferung, Edelmut, übertriebener Gewissenhaftigkeit oder wenigstens Gutmütigkeit kommen gleichfalls als Aeußerungen von Geisteskrankheit vor, jedoch bemerkenswerterweise viel seltener als Abweichungen nach der schlechten Richtung. Praktisch wichtig wird dieses Symptom an und für sich nur dann, wenn der Kranke in auffallender Weise dadurch sich selbst schadet. Als diagnostisches Merkmal kann es aber im Zusammenhalt mit anderen Symptomen dann einen Wert bekommen, wenn es in auffallender Weise bei einem früheren Durchschnittsmenschen als neue Erscheinung auftritt.

b) Krankhafte Störungen des Wollens und Handelns, charakterisiert durch gewisse einzelne abnorme Triebe und Handlungen

bei im allgemeinen nicht auffallend abnormer Willensrichtung und Handlungsweise.

1. Einzelne perverse **Triebe** und Handlungen, **ohne** das wesentliche Merkmal der begleitenden Vorstellung, die Perversitäten seien etwas Fremdartiges, Zwangsmäßiges. (Sogenannte „Monomanien".)

Es handelt sich teils um Individuen, die auch, abgesehen von den hier in Rede stehenden Abnormitäten, geisteskrank, speziell häufig schwachsinnig sind, jedoch in ihrem Benehmen im allgemeinen nichts Störendes oder besonders Auffallendes zeigen, teils um Menschen, die sonst überhaupt frei sind von auffallenden psychischen Abnormitäten.

Unter dem hier ausschließlich in Betracht kommenden Gesichtspunkt der allgemeinen Symptomatologie lassen sich diese beiden Kategorien von Individuen gemeinsam betrachten, wenn die spezielle Pathologie sie auch weit auseinander zu stellen hat. Folgendes ist hier über sie zu sagen:

Manche Menschen, gleichgültig, ob sonst im Besitz normaler Geisteskraft oder nicht, äußern im allgemeinen keine von denen der Durchschnittsmenschen abweichenden Triebe, sind im ganzen innerhalb der Lebensordnung normaler Menschen möglich, sind aber in einzelnen Trieben und Handlungen abnorm und pervers.

Wegen der Vereinzeltheit dieser Abnormitäten spricht man von „Monomanien".

Deren Inhalt ist ein sehr mannigfaltiger und läßt sich durch eine Aufzählung nicht erschöpfen. Unter welchen sonstigen Bedingungen diese Triebe zur Aeußerung kommen, ist ebenfalls sehr verschieden; manchmal z. B. unter gleichzeitigem Verlust oder Trübung des Bewußtseins, auch mit nachfolgender Erinnerungslosigkeit, in anderen Fällen ohne daß derartige Symptome nachweisbar wären, sondern in einem, abgesehen von der speziellen abnormen Handlung, nicht ungewöhnlichen Zustand.

Eine wichtige Rolle spielen hier die Abnormitäten der sexuellen Triebe; bei konsequenter Abneigung gegen natürliche sexuelle Befriedigung entweder ausschließlicher Trieb zur Manustupration oder zum gleichen Geschlecht.

Exhibitionismus. Entblößen der Geschlechtsteile vor anderen, zur Befriedigung der Wollust (auch im epileptischen Dämmerzustand vorkommend!).
Sexuelle Angriffe auf weibliche Wesen und Kinder.
Sadismus. Hervorrufen von Wollustgefühlen durch Grausamkeit.
Masochismus. Hervorrufen von Wollustgefühlen durch Erdulden von Schmerzen.

Unter den „Monomanien" hat besonders die „Kleptomanie", der krankhafte Stehltrieb, und die „Pyromanie", der krankhafte Brandstiftungstrieb, eine Rolle gespielt. Man sprach aber auch schon von einer „Mordmonomanie" („monomanie homicide") und ähnlichen, und man könnte noch eine Menge scheußlicher Triebe und Handlungen aufzählen, z. B. den nur in der Verletzung oder Zerfleischung seiner Opfer Befriedigung findenden Wollusttrieb und ähnliches, was als deren Aeußerung den in C b) besprochenen Gefühlsperversitäten entspricht und worüber das Gleiche wie dort zu sagen ist.

Auch daß man schon erlebt hat, wie blödsinnige, aber für gewöhnlich ruhige und friedliche Menschen, ohne Sinn und Zweck gräßliche Mordtaten vollführen, gehört hierher. Andere derartige Individuen haben perverse Triebe harmloserer Natur; sonst traktabel, sind sie nicht davon abzubringen, die einen, sich zu

zerkratzen, andere, in Holz zn beißen, andere, Unrat zu verzehren, andere, wertloses und ekelhaftes Zeug zu sammeln, und Unzähliges dergleichen.

„Monomanische" Perversitäten können sich auch in bloßen Reden äußern, so z. B. das zuweilen als eine Art krankhaften Sports betriebene Lügen, Verleumden, Beleidigen bei Personen, welche, abgesehen davon, keine Objekte der Psychiatrie zu werden brauchten. Schließlich können auch, abgesehen vom Inhalt der Reden, bloße Abweichungen in der Art und Weise des Sprechens als etwas „Monomanisches" aufgeführt werden, z. B. eine gesuchte, manierierte, dem Sprechenden unnatürliche Sprechweise und manches Derartige.

Daß hier ganz besonders ein unerschöpfliches Gebiet von zweifelhaften Grenzfällen zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit liegt, ist selbstverständlich. Ist exorbitanter Geiz z. B. als krankhaft zu bezeichnen bei einem Menschen, der im übrigen sich benimmt wie ein normaler? Hier gilt ganz besonders das auf S. 16 und 17 Gesagte.

Eine im Fall des Gelingens nur einmal, im Fall des Mißlingens eventuell mehrmals zu beobachtende krankhafte „monomanische" Aeußerung ist eine gewisse Art von absolut unmotiviertem (nicht einmal aus krankhaften Motiven hervorgehendem), rein impulsivem Selbstmord, bei dem nichts gefühlt und gedacht wird, als eben bloß sich das Leben zu nehmen. Derartiges tritt zuweilen unter plötzlichem Bewußtseinsverlust auf. Andere töten sich nicht, verletzen und verstümmeln sich aber, schneiden sich den Leib auf u. dergl. Nachher befragt, warum sie es getan, bringen sie die lächerlichsten Reden vor: sie haben sehen wollen, wie es innen aussieht, und ähnlichen Unsinn. Derartiges ist merkwürdigerweise als wiederholte Handlung bei Individuen beobachtet worden, die man im übrigen nicht für notorisch irrsinnig erklären konnte.

Der bei manchen Geisteskranken anfallsartig auftretende und wieder verschwindende sogenannte **Wandertrieb** (Poriomanie) kann ein Symptom ganz verschiedenartiger Störungen sein.

Wandertrieb kann sich ganz ohne Motive einstellen; er ist dann am besten als direktes motorisches Symptom aufzufassen und kommt als solches in erster Linie bei Epilepsie vor —, im epileptischen Dämmerzustand und mit folgender Erinnerungslosigkeit.

Aber auch nicht epileptische Geisteskranke, Schwachsinnige, manchmal auch Deprimierte, können zu Zeiten an einem anscheinend ganz unmotivierten Wandertrieb leiden.

In anderen Fällen aber ist der Wandertrieb mehr oder weniger motiviert, sei es durch Stimmungsanomalien (Bewegungsdrang — Manie, innere Unruhe und Angst — Depression), oder durch Wahngedanken, bezw. Wahngefühle. Dementsprechend beobachtet man ein plötzlich einsetzendes triebartiges Wandern, oder Reisen, einen scheinbar grundlosen Ortswechsel u. s. w. namentlich auch bei Paranoia. Manche Paranoische „halten es nie lange an einem Orte aus". Schon die Tatsache, daß jemand ständig seinen Wohnsitz wechselt, ohne durch äußere Gründe hierzu veranlaßt zu sein, kann den Verdacht auf Paranoia erwecken. Solche Kranke sind sich über die eigentliche Ursache des Wanderns, Reisens gewöhnlich selbst nicht klar; der Anstoß hierzu ist eben oft ein impulsives übermächtiges Gefühl: das Wandern geschieht triebartig.

Die ständig wandernden Landstreicher, Vagabunden sind in der Mehrzahl ebenfalls nicht geistesgesund, sondern angeboren oder erworben schwachsinnig, epileptisch, zirkulär u. s. w.

Die Aufstellung der „Monomanien" ist in der allgemeinen Symptomatologie der Geisteskrankheiten nicht zu entbehren, darf aber nicht in dem Sinne mißverstanden werden, als ob damit eine „Krankheit" im Sinne der speziellen Pathologie gemeint wäre und als ob das betreffende Individuum in pathologischer Hinsicht ausschließlich durch seine „Monomanie" charakterisiert sein müßte. Darum handelt es sich ja, wie schon oft hervorgehoben, in der „allgemeinen Pathologie" durchaus nicht, sondern nur darum, daß in rein symptomatischer Hinsicht der Unterschied hervorzuheben ist, welcher durch folgende Gegenüberstellung nochmals erläutert werden mag; **einerseits:** ein überhaupt schwer gestörter

Mensch, dessen ganzes Gebaren durch und durch abnorm ist, steckt jetzt einen ihm nicht gehörigen Gegenstand ein, während er im nächsten Augenblick um sich schlägt, im nächsten brüllt u. s. f. Hier wird niemand von einer „Kleptomanie“ reden oder überhaupt dem einzelnen Symptom als solchem eine besondere Wichtigkeit beilegen. **Andererseits:** ein Mensch, vorläufig ganz dahingestellt, wie er im übrigen beschaffen ist, tut sonst nichts Abnormes und Unsoziales, wird aber von Zeit zu Zeit immer wieder auf Diebstählen betroffen, welche ihm nichts nützen und zweifellos Krankheitssymptom sind. Hier kann man für die Charakterisierung des Symptoms an und für sich ohne den Begriff „Monomanie“ nicht auskommen, wobei es der speziellen Pathologie vorbehalten bleibt, die ganze Persönlichkeit als solche zu klassifizieren, die dabei „hysterisch“, epileptisch, schwachsinnig, maniakalisch und alles mögliche sein kann.

2. Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen.

Die Unterscheidung von dem unter 1. Geschilderten ist häufig nur schwer durchzuführen. Um krankhaften „Zwang“ handelte es sich ja auch dort, sonst lägen keine Symptome von Geisteskrankheit vor. Der Unterschied des hier zu Besprechenden gegen das Vorige besteht nur, wie bei den analogen Symptomen in B und C, darin, daß die betreffenden Perversitäten von den mit ihnen Behafteten als etwas Fremdes, Unnatürliches und Krankhaftes anerkannt werden.

Dieses Bewußtsein des „Zwangs“ gibt dem krankhaften Symptom seinen Namen (vergl. S. 12). Da der Wille auf den Ablauf der Gedanken sehr wenig, auf die motorischen Aeußerungen einen beträchtlichen Einfluß hat, so ist klar, daß auch Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen noch eher willkürlich zu unterdrücken sind als Zwangsgedanken. In diesem Fall besteht dann nur der krankhafte Trieb, dessen Unterdrückung häufig dem Kranken großes Unbehagen, dessen motorische Auslösung ihm bis auf weiteres ein gewisses Behagen gewährt.

Uebersicht über die psychischen Symptome der allgemeinen Symptomatologie.

A. Störungen der **Wahrnehmungstätigkeit.**
   1. Sinnestäuschungen,
   2. Trübung und Verlust des Bewußtseins.

B. Störungen der **Verstandestätigkeit.**
   1. Gedächtnisstörungen,
   2. Desorientiertheit,
   3. Delirien,
   4. Ideenflucht,
   5. Denkhemmung,
   6. Wahnideen,
      a) religiöse,
      b) sexuelle,
      c) hypochondrische,
      d) Verfolgungsideen,
      e) Größenwahnideen,

f) Verkleinerungswahn,
g) Beziehungs- und Symbolisierungswahn,
h) Verwechselungs- und Vertauschungswahn,
i) Eifersuchtswahn,
7. Zwangsvorstellungen,
8. Schwachsinn und Blödsinn,
9. Verwirrtheit.

C. Störungen des **Gefühls**lebens.

a) Krankhafte Störungen der Gefühle **im allgemeinen,** der ganzen Gemütslage und Stimmung.
1. Gemütsexaltation, krankhafte Euphorie,
2. Gemütsdepression, krankhafte Niedergeschlagenheit,
3. Gemütsirritation, krankhafte Reizbarkeit und Zornmütigkeit,
4. Gemütsstumpfheit, krankhafte Teilnahmlosigkeit (Apathie).
5. Gemütsveränderlichkeit, krankhafter Stimmungswechsel.

b) Krankhafte Gefühlsstörungen, charakterisiert durch gewisse **einzelne** abnorme Gefühle bei im allgemeinen nicht auffallend abnormer Gemütsstimmung.
1. Einzelne Wahngefühle,
2. Zwangsgefühle.

D. Störungen des **Wollens und Handelns.**

a) Krankhafte Störungen des Wollens und Handelns **im allgemeinen,** des ganzen Willens- und Tätigkeitszustands.
1. Unruhe bei Gemütsexaltation und -irritation,
2. Unruhe bei Gemütsdepression,
3. Unruhe bei tiefer Verwirrtheit,
4. Unruhe der Blödsinnigen,
5. Abnorme Ruhe bei Gemütsdepression,
6. Abnorme Ruhe bei Willenslähmung, Stupor,
7. Abnorme Ruhe der Blödsinnigen,
8. Perverses Wollen und Handeln von Geisteskranken.

b) Krankhafte Störungen des Wollens und Handelns charakterisiert durch gewisse einzelne abnorme **Triebe** und Handlungen bei im allgemeinen nicht auffallend abnormer Willensrichtung und Handlungsweise.
1. Einzelne perverse Triebe und Handlungen ohne das wesentliche Merkmal der begleitenden Vorstellung, die Perversitäten seien etwas Fremdartiges, Zwangsmäßiges. (Sogenannte „Monomanien").
2. Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen.

Die körperlichen und neurologischen Symptome.

Körpergewicht.

Das Körpergewicht unterliegt bei manchen Geisteskrankheiten großen Schwankungen; das ständige Bestimmen desselben ist unerläßlich. Körpergewichtsabnahme kann eintreten infolge

1) starker motorischer Erregung,
2) Nahrungsverweigerung.

Eine derartige Körpergewichtsabnahme ist ohne weiteres verständlich. Doch kommen außerdem noch bei Geisteskranken Körpergewichtsschwankungen — sowohl Abnahme wie Zunahme — vor, bei

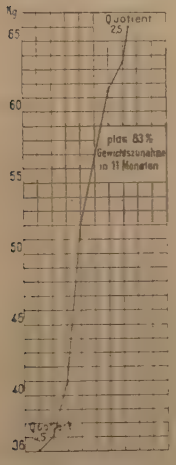


Fig. 2.

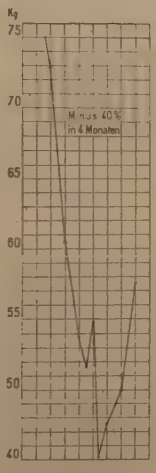


Fig. 3.

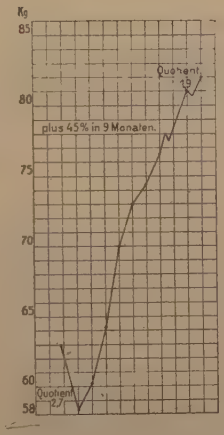


Fig. 4.

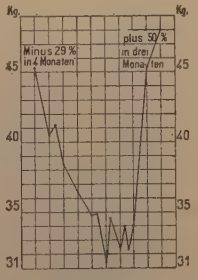


Fig. 5.

Fig. 2. Enorme Mästung bei progressiver Paralyse. Körpergröße 164 cm (die Zahlen links bedeuten Kilogramme).
Fig. 3. Starke Abmagerung bei progressiver Paralyse.
Fig. 4. Starke Mästung bei Manie. Körpergröße 159 cm.
Fig. 5. Abmagerung und Mästung bei Katatonie.

gleichbleibender Nahrungszufuhr und ohne daß solche mehr äußeren Gründe, wie Tobsucht und Nahrungsverweigerung, eine Rolle spielen; vielmehr sind solche Schwankungen als direkte, primäre, zur Krankheit gehörige Symptome aufzufassen. So tritt bei der progressiven Paralyse, wenn die Kranken nicht vorzeitig sterben, in gesetzmäßiger Weise zuerst eine oft extreme Mästung ein, und dann eine, die höchsten Grade erreichende, Abmagerung. In ähnlicher Weise mästen sich manche jugendliche verblödende Kranke auf, während andere, ohne Nahrungsmangel, starke Gewichtsstürze aufweisen.

Körpertemperatur.

Bei Infektions- oder Intoxikationsdelirien (Initialdelirium beim Typhus abdominalis u. a.) besteht meist auch mehr oder weniges hohes Fieber. Die Feststellung der erhöhten Temperatur ist zur Diagnose

notwendig. Beim Delirium tremens alcoholicum kann eine hohe Körpertemperatur auf eine, sonst vielleicht nicht diagnostizierte Pneu-

Fig. 6. Enorme Abmagerung bei (jugendlicher) progressiver Paralyse. Alter 20 Jahre. Größe 130 cm. Gewicht 16 kg (!). Quotient 8,1.

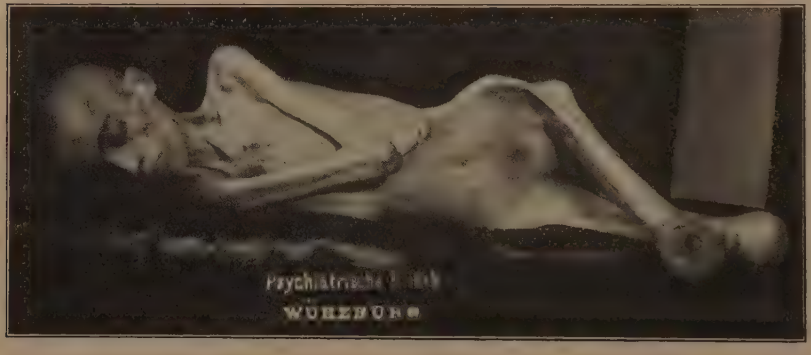


Fig. 7. Enorme Abmagerung bei Katatonie. Größe 160 cm. Gewicht 20 kg. Quotient 8,0.

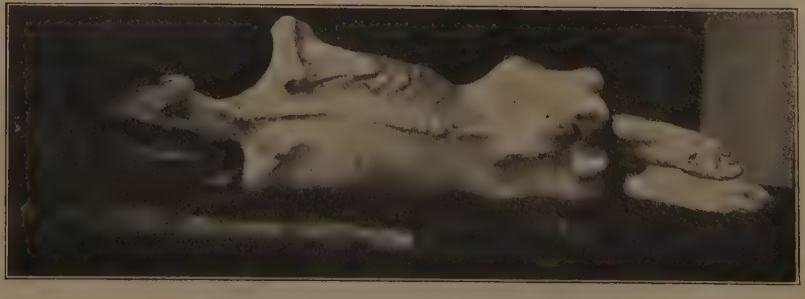


Fig. 8. Der gleiche Kranke wie in Fig. 7.

monie hinweisen. Andererseits verlaufen aber auch gerade Säuferpneumonien manchmal fieberlos, — und Alkoholdeliranten können

Fig. 9. Enorme Abmagerung bei Melancholie. Größe 148 cm. Gewicht 23 kg. Quotient 6,4 (minus 44 %).

Temperatursteigerungen aufweisen, ohne daß eine Infektion nachweisbar ist.

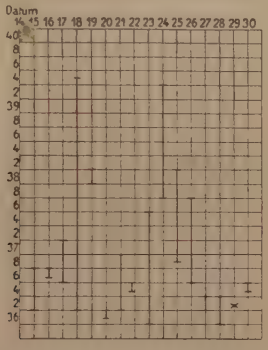


Fig. 10. Hohe Temperaturstöße bei progressiver Paralyse, ohne daß sonst etwas Anfallsartiges gleichzeitig beobachtet wurde. Keine Hautzerstörung! Keine Infektion! Keine Tuberkulose! (Die dicken senkrechten Striche bedeuten die Tagesschwankungen der Temperaturen; ihre unteren Enden sind die Morgen-, die oberen Enden die Abendtemperaturen. Das × bedeutet gleiche Temperatur Morgens und Abends.) Die Zahlen links sind die Temperaturgrade in Celsius.

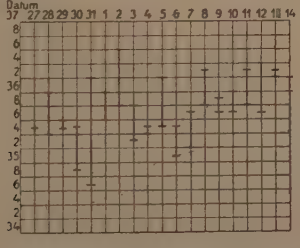


Fig. 12. Abnorm niedere Temperaturen bei Katatonie.

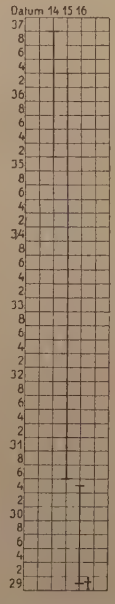


Fig. 11. Abnorm niedere Temperaturen bei progressiver Paralyse, 3 Tage vor dem Tode (stets im Rektum gemessen). Die Zahlen links sind die Temperaturgrade in Celsius.

Aehnlich wie beim Körpergewicht kann nun auch die Körpertemperatur Abnormitäten aufweisen, welche durch äußere Ursachen nicht zu erklären sind, sondern als Folge der Hirnkrankheit angesehen werden müssen.

Starke Temperaturstöße in die Höhe finden sich z. B. bei paralytischen Anfällen; der Anfall selbst kann dabei nur in einer leichten, rasch vorübergehenden Ohnmacht bestanden haben; ohne klinische Beobachtung wäre er vielleicht übersehen worden. Aber die sofortige Temperaturerhöhung und Eiweißausscheidung im Urin

sichern die Diagnose auf paralytischen Anfall. Manche Paralytiker haben auch zeitweise erhöhte Temperaturen, ohne daß sonst etwas Anfallsartiges beobachtet wird und ohne daß eine Infektion vorliegt („paralytisches Fieber").

Aehnliche anfallsartige Temperaturerhöhungen werden ferner bei Kranken mit Hirntumor, Katatonie, im epileptischen Anfall beobachtet.

Abnorm niedere Temperaturen sind, bei konsequenten genauen Temperaturmessungen Geisteskranker, ebenfalls hie und da konstatierbar. Sie wurden interkurrent gefunden bei Paralyse, Hirntumor, Delirium tremens, Dementia senilis, Katatonie. Fig. 12 stellt solche abnorm niederen Temperaturen eines Katatonikers dar; dieser Kranke hatte später wieder völlig normale Temperaturen; eine äußere Erklärung für diese interkurrent auftretenden niederen Temperaturen ließ sich nicht finden.

Derartige abnorm hohe und niedere Temperaturen sind direkt als cerebrale Erscheinungen, als Symptome einer Hirnkrankheit aufzufassen.

Urin.

Die genaue Urinuntersuchung bei Geisteskranken ist selbstverständlich notwendig aus diagnostischen Gründen, um eine Nierenerkrankung und eine davon ausgehende **urämische Psychose** zu erkennen, oder auszuschließen. Bei Apoplektischen ist ferner auf latente Schrumpfniere zu untersuchen.

Geisteskranke können aber auch erhebliche Mengen Eiweiß im Urin aufweisen — vorübergehend, oder Tage, bis Wochen dauernd —, ohne an Nierenentzündung zu leiden. So findet sich Eiweiß oft, wenn auch nicht regelmäßig (abgesehen von der febrilen Albuminurie), beim Delirium tremens alcoholicum, sowie nach epileptischen und paralytischen Anfällen. Völlig rätselhaft ist vorläufig noch die seltene, länger dauernde, beträchtliche Eiweißausscheidung (1 bis 5 ‰) bei Stuporzuständen. Aber vielleicht darf man diese Eiweißausscheidung in Parallele bringen zu der bei organischen Hirnkrankheiten (Paralyse, Hirntumor) beobachteten Albuminurie.

So hatte ein Kranker mit Hirntumor und akut einsetzendem starkem Hirndruck tagelang 3 bis 5 ‰ Eiweiß. Die Niere, histologisch untersucht, war ganz normal.

Zucker im Urin Geisteskranker ist ein viel selteneres Vorkommnis. Er findet sich, abgesehen von Herdkrankheiten in der Gegend der Rautengrube, als transitorische Glykosurie relativ häufig bei Paralyse, und zwar anscheinend öfter im Beginne derselben als in späteren Stadien. Der echte Diabetes mellitus vermag, außer dem Coma diabeticum, keine Geistesstörungen hervorzurufen. Wenn Diabetiker geistesgestört werden, oder sind (was sehr selten ist), so handelt es sich entweder um Komplikationen mit Erweichungsherden im Gehirn durch Arteriosklerose, oder um zufälliges Koinzidieren von Diabetes mellitus und Geistesstörung. Denn der Diabetes tritt vorzugsweise im 5. und 6. Lebensjahrzehnt auf, d. h. einer Lebenszeit, in welcher melancholische, hypochondrische, paranoische Krankheitszustände recht häufig sind. Wenn man, dem Zuge der Zeit folgend, die Psychosen als Selbstvergiftungen auffassen möchte, so soll man immer bedenken, daß gerade die Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes und Gicht, mit den eigentlichen Geisteskrankheiten nichts zu tun haben.

Bezüglich des sogenannten Diabetes insipidus bei „Nervenleidenden“ und Geisteskranken läßt sich für viele (alle?) Fälle mit völliger Sicherheit behaupten, daß das unmäßige Wassertrinken bis zu 10 und 20 l täglich (bei sehr niedrigem spezifischen Gewicht des Urins) bei diesen Kranken weiter nichts ist als Folge bestimmter, hypochondrischer oder paranoischer Wahnideen oder Wahngefühle. Die therapeutische Konsequenz, welche hieraus zu ziehen ist, heißt: die Kranken gewähren lassen. Denn man kann in der Regel doch nichts ändern. Der sogenannte Diabetes insipidus kann dem Manifestwerden der Paranoia um viele Jahre vorausgehen.

Cystitis ist namentlich bei Paralytikern zu beobachten. Man hat sich vorgestellt, daß die ständige Inkontinenz und Unsauberkeit solcher Kranken zu einer Urethritis führt, welche sich bis in die Blase fortsetze. Dem steht aber die Tatsache gegenüber, daß Katatoniker mit Negativismus und stärkster Unsauberkeit fast nie an eiterigem Blasenkatarrh erkranken, so daß man für die Erklärung der Cystitis bei Paralyse vorläufig nicht ohne Annahme einer verminderten Widerstandsfähigkeit der Blasenwand infolge trophischer Störungen auskommt.

Ein, unter Umständen lebensgefährliches, Symptom ist die eventuell bis zum äußersten getriebene willkürliche Harnverhaltung infolge von bestimmten Wahngedanken, meist bei Melancholie und Paranoia. Der Katheterismus ist notwendig, aber bei den auf das heftigste sich sträubenden Kranken sehr schwierig, so daß infolgedessen Blaseninfektionen nicht gänzlich vermeidbar sind. Solche Kranke können deshalb akut an eitriger Cysto-Pyelo-Nephritis zu Grunde gehen.

So jammerte ein derartiger Kranker: „Es geht mir alles fort, Wasser und Stuhlgang, und verunreinigt alles. Wenn ich Urin lasse, geht auch Kot fort und verstopft die Kanäle. Auch zerplatzt mir etwas im Leibe.“ Oder: „Die Lebenskraft geht von mir, wenn ich Urin lasse“ u. dergl.

Narben.

Die diagnostische Wichtigkeit der Narben wird bei der **Epilepsie** noch besonders zur Sprache kommen. Jedenfalls tut man gut daran, die Begriffe „Narben“ und „Epilepsie“ fest zu assoziieren und bei einem Menschen, welcher Narben aufweist, über deren Zustandekommen er vielleicht nicht einmal genügend Auskunft geben kann, immer in erster Linie an Epilepsie zu denken, nach Anhaltspunkten für Epilepsie zu forschen und sich erst dann zu beruhigen, wenn man Epilepsie sicher annehmen, oder ausschließen kann.

Wenn Lues ätiologisch in Frage kommt, wird man nach Narben am Penis, weichen Gaumen u. s. w. suchen. Indes heilen viele Initialsklerosen aus, ohne sichtbare Narben zu hinterlassen.

Morphologische Abnormitäten. Entwickelungsstörungen.

Zu diesen gehören erstens Besonderheiten des Schädelbaues. Während die Mikrocephalie und Hydrocephalie besonderes psychiatrisches Interesse erwecken und später (Abschnitt: Angeborener Schwachsinn) besprochen werden sollen, sind hier zu nennen:

Der Turmkopf (Fig. 13), das heißt ein Schädel, welcher, im Verhältnis zur Länge, abnorm hoch ist;

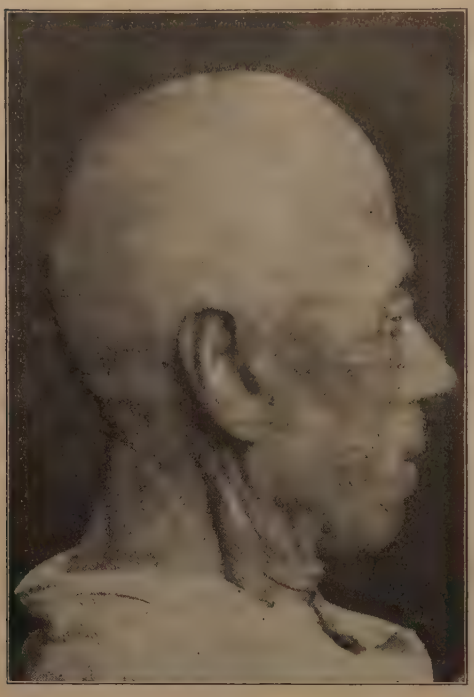


Fig. 13. Turmkopf (größte Schädellänge 178 mm; größte Schädelhöhe 120 mm; Längenhöhenindex 68!).

der Sattelkopf, welcher in der Gegend der großen Fontanelle eine Einsenkung und dahinter gewöhnlich eine leichte Erhebung hat;

das kapselförmig vorspringende Hinterhaupt; die Schuppe des Os occipitale tritt stark vor und ist besonders gut abtastbar;

der Schiefschädel. Schiefheit des Schädels wird z. B. durch einseitigen pathologischen Muskelzug (Torticollis spastica) erworben [NB. bei gewichtsgleichen Hemisphären!], während bei der angeborenen oder früh erworbenen Hemisphären-Ungleichheit (Porencephalie) Schädelasymmetrien in der Regel vermißt werden.

Turmschädel, Schiefschädel u. s. w. sind für die Diagnose auf Geisteskrankheit oder „Entartung" **ohne Bedeutung.**

Trotzdem müssen diese Schädelabnormitäten dem Arzte genau bekannt sein, ebenso wie die Tatsache, daß außerdem noch viele Menschen individuelle Eigentümlichkeiten am Schädel, wie: Knochenleisten, Vorsprünge u. dergl. haben können. Denn einmal behaupten Hypochonder und Paranoiker, die sich sehr gerne an den Kopf fassen, daß solche Schädelbesonderheiten erst während der Krankheit oder durch Mißhandlungen entstanden seien. Dann aber kann es bei **Unfallkranken** vorkommen, daß der Kranke seinen Sattelkopf als „Impression" oder die dahinterliegende Erhebung als „Knochenhautentzündung und -wucherung" gedeutet wissen will, und daß der Arzt vielleicht demgemäß auch diagnostiziert, wenn er mit solchen Besonderheiten der Schädelform nicht genügend vertraut ist.

Zweitens gehören hierher Besonderheiten der Weichteile am Kopf, wie

Anomalien im Bau der Ohrmuschel,

Mißbildungen an Augen, Nase, Zähnen, Hasenscharte, Wolfsrachen.

Angeborene Asymmetrie in der Innervation beider Gesichtshälften (Fig. 14), deren Kenntnis deshalb so wichtig ist, weil diese Asymmetrie leicht eine erworbene Facialisparese, wie sie bei der progressiven Paralyse vorkommt, vortäuschen und deshalb auf eine falsche Diagnose führen kann.

Drittens: Entwickelungsstörungen an Händen und Füßen (Polydaktylie, Syndaktylie, Amelie [Fehlen von Extremitäten]), — an den Genitalien, am Rumpfe, z. B. Polymastie, Vorhandensein mehrerer Brustwarzen, — und viele andere Eigentümlichkeiten.

Alle derartige Abnormitäten hat man aufzufassen als morphologische Kuriosa, als Lusus naturae. Man hat sie früher „Degenerationszeichen“ genannt, und geglaubt, aus dem Vorhandensein derselben auf eine bestimmte minderwertige Beschaffenheit des Gehirnes schließen zu dürfen.

Man wird in den Krankengeschichten derartige „Degenerationszeichen“ sorgfältig registrieren. Es muß aber dringend davor gewarnt werden, ihnen auch nur den allergeringsten psychiatrisch-diagnostischen Wert beizulegen. So findet man gerade bei „endogenen“ Geisteskranken außerordentlich wenig „Degenerationszeichen“.

Fig. 14. Angeborene Asymmetrie in der Innervation beider Gesichtshälften.

Störungen im Gebiete der Hirnnerven.

1. Olfactorius.

Es gibt eine angeborene Anosmie und Hyposmie. Viele Menschen verlieren, durch chronische Katarrhe der Nasenschleimhaut, durch das höhere Alter u. s. w. das Geruchsvermögen mehr oder weniger.

Doppelseitige Anosmie kann ferner vorkommen beim allgemeinen Hirndruck, einseitige bei Läsionen im hintersten Teil der inneren Kapsel.

Eine vorhandene, zweifellos erst intra vitam entstandene Anosmie erlangt größere Bedeutung nur bei Unfallverletzten, wenn infolge eines stärkeren Traumas gegen die Nasenwurzel (vielleicht auch durch andere Schädeltraumen oder Gehirnerschütterungen) die, durch die Lamina cribrosa tretenden, Fila olfactoria abreißen. Dann ist der spezifische Geruchssinn aufgehoben, während die chemisch einwirkenden scharf riechenden Stoffe durch den Trigeminus noch empfunden werden müssen. Dieses unterschiedliche Verhalten kann zugleich zur Entlarvung von Simulation dienen. Manche Berufsarten, z. B. Maschinisten, sind sehr auf ihren Geruchssinn angewiesen; eine traumatische Anosmie kann demnach eine praktisch sehr wichtige Frage werden. — Die Untersuchung ist durch den Spezialarzt vorzunehmen.

2. Opticus.

Sehfasern in Netzhaut, Chiasma (partielle Kreuzung), Tractus opticus, äußerer Kniehöcker [primäres, subkortikales Sehzentrum] Sehstrahlung, Cuneusrinde.

Pupillarfasern: Netzhaut, Chiasma (partielle Kreuzung), Tractus opticus, Dach des vorderen Zweihügels.

Der Sehnerv ist kein peripherer Nerv, sondern ein Bestandteil des Zentralnervensystems.

a) Augenhintergrund:

1. Opticusatrophie. Primäre, einfache, graue Opticusatrophie bei Tabes und Paralyse. Bei Paralyse sehr selten.

Opticusatrophie nach Verletzungen des Opticus, Schädelbasisfraktur, welche durch den Canalis opticus verläuft.

Opticusatrophie nach Stauungspapille, nach Entzündungen des Sehnerv, oder Erkrankungen der Netz- und Aderhaut.

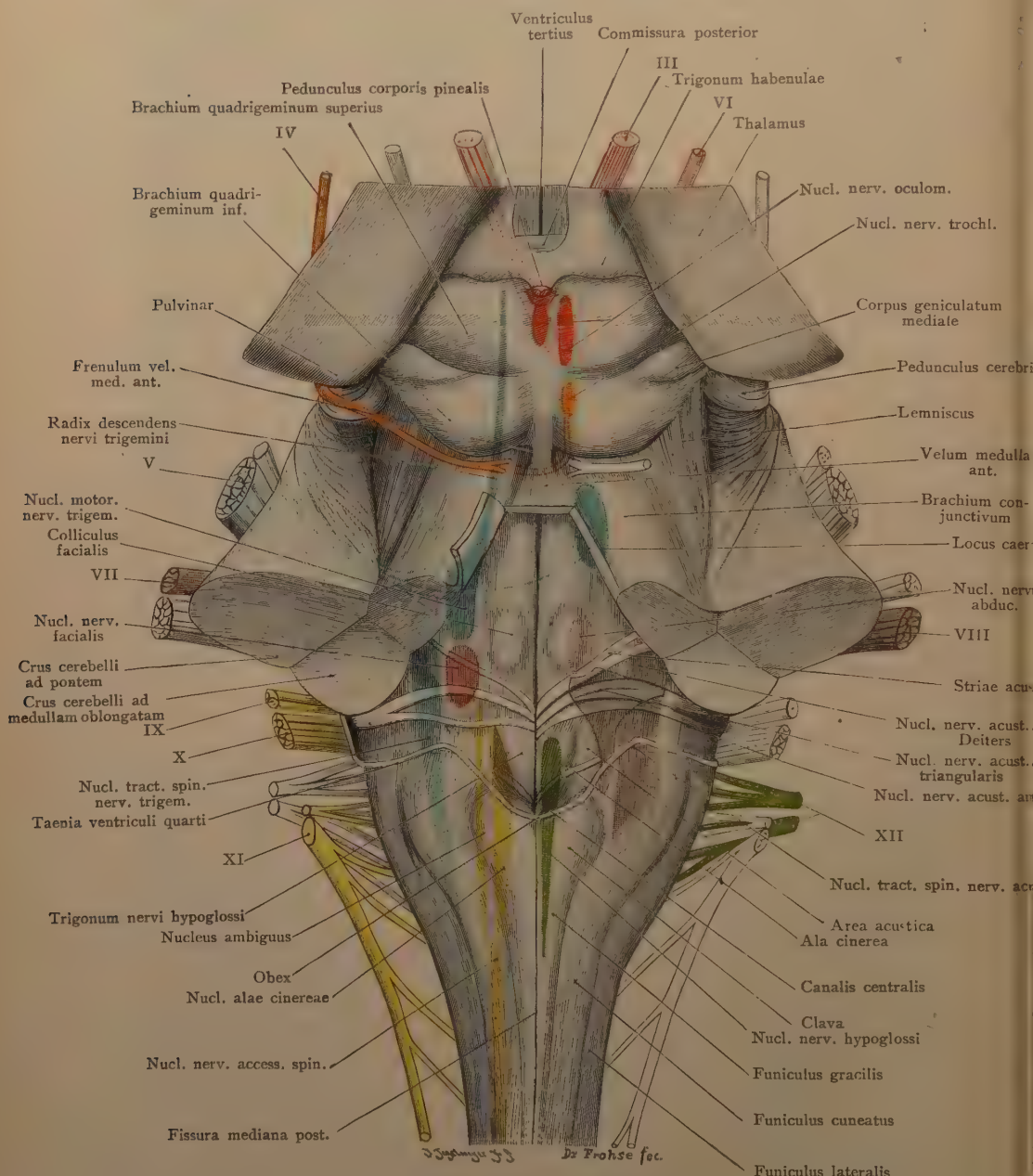


Fig. 15a. (Aus Bardeleben, Haeckel und Frohse, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen, 3. Aufl., Fig. 6.)

2. Stauungspapille, als Folge des Hirndruckes, d. h. eines Mißverhältnisses zwischen Schädelkapazität und Hirnvolumen. Am häufigsten bei Hirntumoren. In seltenen Fällen auch bei Katatonie!

3. Retinitis albuminurica, bei Morbus Brightii, kann differentiell-diagnostisch wertvoll sein, gegenüber der einfachen Albuminurie bei Stuporzuständen (siehe S. 32).

b) Gesichtsfeld.

Läsion des Nervus opticus bewirkt einseitige Blindheit; dabei sogenannte amaurotische Starre (Reflextaubheit) der Pupille, falls das gesunde Auge verdeckt wird (Stelle *a* in Fig. 15b),

Läsion innerhalb des Chiasma (Stelle *b* und *c*) bitemporale Hemianopsie,

dagegen zentral vom Chiasma homonyme **Hemianopsie**, gleichgiltig ob der Herd in Tractus (*d*), Kniehöcker (*e*), Sehstrahlung (*f*) oder Cuneusrinde (*g*) sitzt. Bei den Läsionen *d* bis *g* werden demnach die linksseitigen Hälften der beiden Netzhäute blind, mithin, da die Blicklinien sich kreuzen, die rechtsseitigen Gesichtsfelder. Also Herd links — Hemianopsie rechts Herd rechts — Hemianopsie links.

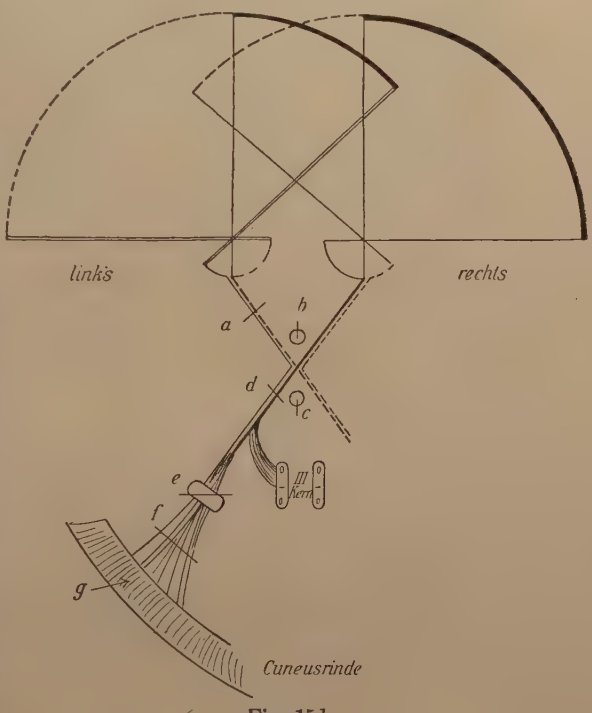


Fig. 15b.

Die Hemianopsie ist, nächst der Hemiplegie, das wichtigste cerebrale Halbseitensymptom und findet sich z. B. bei Porencephalie, Tumoren, Blutungen, Erweichungen. Hemiplegie und Hemianopsie können gleichzeitig vorkommen, wenn die Herderkrankung umfangreich genug ist (Fig. 16).

Doppelseitige Hemianopsie (Herde z. B. in beiden Cuneusrinden) bewirkt fast totale Blindheit („Rindenblindheit") bei normalem Augenhintergrund. Im Gegensatz hierzu bezeichnet

Seelenblindheit einen Zustand, bei welchem Gegenstände gesehen, aber nicht mit dem Gesichtssinn erkannt werden, dagegen z. B. bei Betasten;

Asymbolie einen Zustand, bei welchem ein früher gut bekannter Gegenstand mit keinem Sinne mehr erkannt wird. Solche Kranken gebrauchen die Zigarre als Gabel, die Taschenuhr als Feuerzeug u. s. w.

3., 4., 6. Oculomotorius. Trochlearis. Abducens.

Der Oculomotoriuskern liegt in der Höhe der vorderen Vierhügel ventral am zentralen Grau des Aquaeductus Sylvii (s. Fig. 17). Die einzelnen Bündelchen

ziehen, zum Teil den roten Kern durchsetzend, ventral und medial, wo der Stamm, im Trigonum interpedunculare, austritt. Er versorgt die äußeren Augen-

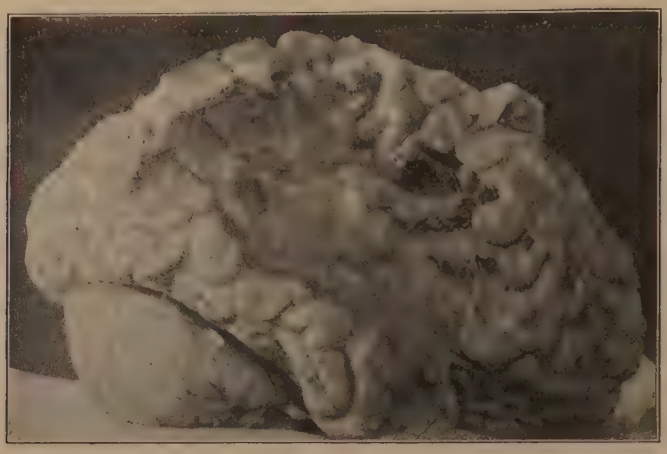


Fig. 16. Rechte Hemisphäre. Sehr große Zerstörung durch Embolie der Arteria fossae Sylvii, Hemiplegie und Hemianopsie für links.

muskeln einschließlich des Levator palpebrae superioris, ausgenommen den Obliquus superior (Trochlearis) und Rectus externus (Abducens). Er innerviert ferner die Binnenmuskulatur des Auges (Musc. ciliaris für die Akkommodation und Sphincter iridis für die Pupille) und zwar durch Fasern, welche durch das Ganglion ciliare treten.

Der Trochleariskern liegt distal vom III-Kern, ventral vom Aquäduct, in Höhe der hinteren Vierhügel;

der Abducenskern medial am Boden der mittleren Rautengrube.

Das kortikale Augenmuskelzentrum wird in die Gegend des Gyrus angularis verlegt.

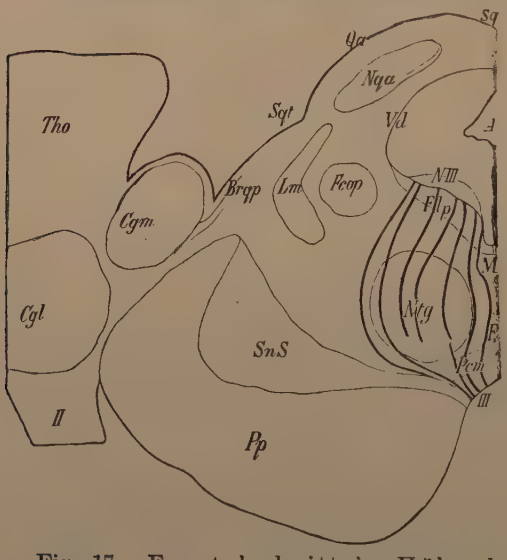


Fig. 17. Frontalschnitt in Höhe der vorderen Zweihügel. *Pp* Pes pedunculi. *SnS* Substantia nigra Sömmeringii. *Ntg* roter Kern der Haube. *NIII* Nucleus oculomotorii. *Vd* absteigende Trigeminuswurzel. *Lm* mediale Schleife. *Cgm* Corpus geniculatum mediale. *Cgl* Corpus geniculatum laterale. *Tho* Thalamus opticus. *II* Tractus opticus. (Nach Obersteiner, Nervöse Zentralorgane, 1901, Fig. 165.)

Ophthalmoplegie = Lähmung der Muskeln eines Auges, und zwar, je nach Beteiligung der inneren und äußeren Muskeln: Ophthalmoplegia interna, externa oder totalis.

Lähmung einzelner äußerer Augenmuskeln vorübergehend bei Paralyse, Tabes, dann bei Lues cerebrospinalis u. s. w.

Konjugierte Lähmung der äußeren Augenmuskeln = die Bewegung beider Augen nach der gleichen Seite ist unmöglich; also z. B. bei einem Herde in der Gegend des rechten Unterscheitellappens ist die Blickwendung nach links gelähmt. Durch Ueberwiegen der nicht gelähmten Antagonisten kommt es zur konjugierten Deviation.

Nystagmus = rhythmisch schnelle Bewegungen der Augen horizontal, oder rotatorisch u. s. w., sowohl angeboren und bei rein ophthalmologischen Augenaffektionen, auch bei Parese einzelner Augenmuskeln — als auch bei Gehirnkrankheiten, wie multipler Sklerose und gelegentlich progressiver Paralyse.

Die Pupille.

Auf die Pupille können verengernde und erweiternde Einflüsse einwirken. Die aktiv verengernden Einflüsse kommen vom Oculomotorius (zum Sphincter iridis), die aktiv erweiternden vom Sympathicus (zum Dilatator iridis). Und zwar entstammen die hier für die Pupille in Betracht kommenden Sympathicusfasern dem Rückenmark, aus der Gegend des unteren Hals- und oberen Brustmarkes (Centrum ciliospinale inferius von BUDGE), wo sie in den vorderen Wurzeln austreten, im Grenzstrang aufwärtsziehen, um durch das Geflecht der Carotis interna und ophthalmica zum Ganglion ciliare zu gelangen. Nachlassen der verengernden Einflüsse bewirkt Erweiterung der Pupille, und umgekehrt.

Weite Pupillen bei	Enge Pupillen bei
Oculomotoriuslähmung,	Oculomotoriusreizung,
Sympathicusreizung.	Sympathicuslähmung.

Die Pupillen des gesunden Menschen befinden sich während des Wachzustandes des Individuums dauernd in oszillierender Bewegung, welche bei stärkerer Vergrößerung gesehen werden kann — Pupillenunruhe. Im tiefen Schlafe sind die Pupillen maximal eng. Im einzelnen ergeben sich folgende Einwirkungen auf die Pupillenweite:

1) Licht und Dunkelheit,
2) die Konvergenz- (und Divergenz-)bewegung der Bulbi,
3) die sensiblen und
4) die psychischen Reize, beide mit Erweiterung der Pupille einhergehend.

Für den praktischen Arzt ist aber vorläufig nur Lichtreflex und Konvergenzbewegung von Wichtigkeit.

Der **Lichtreflex** der Pupille besteht darin, daß bei Einfallen von viel Licht die Pupillen sich verengern, bei Verminderung der Lichtmenge sich erweitern. Man unterscheidet die direkte Lichtreaktion — wenn die Pupille des belichteten Auges sich selbst kontrahiert — von der indirekten oder konsensuellen Lichtreaktion, welche darin besteht, daß bei Belichtung und Verdunkelung des einen Auges auch das andere, verdeckte Auge die gleiche Pupillenverengerung und -erweiterung zeigt.

Adaptation = Gewöhnung des Auges an eine gewisse Helligkeit.

Der Reflexbogen des Lichtreflexes wird gebildet vom Opticus (Pupillenfasern) als zentripetalem und Oculomotorius als zentrifugalem Reflexbogenschenkel. Eine Läsion des Opticus ruft Blindheit und amaurotische Starre (siehe S. 37), eine Läsion des Oculomotorius Ophthalmoplegie hervor, d. h. maximale Mydriasis mit Akkommodations- und Sphincterlähmung.

Niemals entsteht bei Läsion des peripheren Lichtreflexbogens reflektorische Pupillenstarre. Da die reflektorische Pupillenstarre ein Symptom einer Rückenmarkskrankheit ist, hat man auch den Sitz der sie hervorrufenden Läsion im Rückenmark zu suchen, und zwar in den Hintersträngen des obersten Halsmarkes.

Die **Konvergenzbewegung** der Pupille hat mit dem Lichtreflex gar nichts zu tun. Sie stellt sich ein

als Verengerung bei Konvergenz der Sehachsen (wobei gewöhnlich gleichzeitig akkommodiert wird) und

als Erweiterung beim Blick in die Ferne. Die Konvergenzbewegung ist als reine Mitbewegung aufzufassen, als Synergie, wie es deren so viele bei Bewegungen einzelner Muskelgruppen gibt. Sie tritt oft genug in einen Antagonismus zum Lichtreflex der Pupille: Wenn man bei Tage, vom Fenster abgewendet, einen Gegenstand in der Nähe scharf betrachtet, so ist die Pupille eng, trotzdem wenig Licht ins Auge fällt. Blickt man dann zum Fenster hinaus in die Helligkeit, so wird die Pupille weit, trotzdem nun viel Licht in das Auge eintritt.

Nur wer die absolute und völlige Unabhängigkeit des Lichtreflexes und der Konvergenzbewegung der Pupille begriffen hat, kann das überaus wichtige Symptom der **reflektorischen Pupillenstarre** richtig verstehen; nur dann wird er vor diagnostischen Irrtümern bewahrt bleiben.

Die Pupillen können lichtstarr sein aus den verschiedensten Gründen:

a) lokale Veränderungen der Iris (Erkrankung des Sphincter, abgelaufene Iritis mit Synechien u. s. w.),

b) Einwirkung von Reagentien: Atropinmydriasis, Eserinmiosis,

c) Läsion des peripheren Reflexbogens: amaurotische Starre, Ophthalmoplegia interna, (z. B. bei Neuritis des Oculomotorius oder einzelner Aeste),

d) Veränderungen in der Oculomotoriuskerngegend,

e) bestimmte Rückenmarkskrankheiten.

Man unterscheidet also:

amaurotische
absolute } Starre
reflektorische

Ophthalmoplegie.

Als **reflektorische** Pupillenstarre (Robertsonsches Zeichen) ist eine **Lichtstarre** zu bezeichnen **bei erhaltener Konvergenzbewegung** und intakten peripheren Reflexbogenschenkeln. Eine reflektorisch starre Pupille reagiert weder direkt noch konsensuell auf Licht, dagegen in ausgiebigster Weise bei der Konvergenz der Sehachsen. Die Konvergenzbewegung der Pupillen erscheint oft so lebhaft, daß hieraus **Untersuchungsfehler** entstehen können, indem im Augenblick des Hochschraubens der Flamme der Kranke auf dieselbe konvergiert und akkommodiert. Hierdurch kann eine Lichtreaktion der Pupille vorgetäuscht werden.

Akkommodation und Sehschärfe sind bei der reinen, unkomplizierten reflektorischen Starre intakt.

Die reine reflektorische Pupillenstarre oder -trägheit kann nun zweifellos **angeboren** sein, ein vitium primae conformationis; dann ist sie für den Träger derselben funktionell und prognostisch ganz bedeutungslos. Für den Arzt hat sie nur insofern eine Bedeutung, als man ihr Vorhandensein kennen muß, um gegebenenfalls mit der Möglichkeit einer angeborenen reflektorischen Starre zu rechnen. Aber die angeborene Starre ist ungemein selten. Der Arzt, welcher bei einem Kranken eine reine reflektorische Pupillenstarre findet, kann mit fast 100 Proz. Wahrscheinlichkeit rechnen, daß diese Starre erst

intra vitam entstanden ist. Und dann hat sie fast stets eine diagnostisch und prognostisch ungünstige Bedeutung (Tabes, Paralyse).

Findet sich bei einem Geisteskranken eine reflektorische Pupillenstarre, so ist mit größter Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf **progressive Paralyse** und damit auf eine absolut infauste Prognose zu stellen.

Es ist eine diagnostische Grundregel, niemals ein einziges Symptom allzusehr zu überschätzen. Das gilt gewiß auch von der reflektorischen Pupillenstarre. Denn z. B. vermag zufällig bei einem Katatoniker oder Paranoiker ein kleiner syringomyelitischer Herd oder ein Gumma oder eine (luetische) Narbe in den Hintersträngen des obersten Halsmarkes eine reflektorische Pupillenstarre zu schaffen, so daß man hierdurch verleitet wird, die falsche Diagnose auf progressive Paralyse zu stellen. Aber ein derartiges Zusammentreffen ist doch ungemein selten, so daß die ominöse Bedeutung der reflektorischen Starre hierdurch nicht erschüttert wird.

Chronischer Alkoholismus oder Senium rufen niemals eine dauernde reflektorische Pupillenstarre hervor; doch reagieren im Senium die Pupillen meist nicht mehr so lebhaft, wie in jüngeren Jahren.

Bei blödsinnigen Paralytikern muß man sich oft damit begnügen, die Lichtreaktion zu untersuchen; zu einer Konvergenzbewegung sind solche demente Kranke häufig nicht zu bringen.

Ehe es bei den Kranken zur reflektorischen Starre kommt, können die Pupillen verschieden lange Zeit „träge“ reagieren, d. h. auffallend langsam und unausgiebig. Man wird von einer pathologischen, trägen, reflektorischen Lichtreaktion sprechen, wenn die Konvergenzbewegung dabei sehr flott von statten geht.

Die reflektorische Starre kann dem Ausbruch der Tabes oder Paralyse jahrelang vorausgehen. Es sei aber schon hier hervorgehoben, daß nicht jeder Paralytiker reflektorische Starre aufweist. Sie ist (inkl. der trägen Reaktion) in etwa 60 bis 70 Proz. der Paralysen vorhanden. Die Ansicht: „Pupillen normal — also keine Paralyse“ ist demnach falsch.

Bei den Pupillen ist ferner auch auf die **Weite** zu achten. Bei gesunden Erwachsenen pflegt in mittlerer Tagesbeleuchtung die Pupille zwischen 2 und 4 mm weit zu sein; jüngere Leute haben gewöhnlich weitere, ältere engere Pupillen. Altersmiosis im Greisenalter.

Isocorie = beide Pupillen sind gleich weit;
Anisocorie = Pupillen sind ungleich weit.

Obwohl die Anisocorie sich bei Tabes und Paralyse oft findet, ist sie für sich allein niemals ein Symptom, welchem eine prognostische Bedeutung beizumessen wäre. Denn Anisocorie findet sich auch bei Geistesgesunden, vorübergehend bei ungleicher Belichtung beider Augen, dauernd als angeborene Abnormität, bei Refraktionsverschiedenheit der Augen, bei peripheren Sympathicusaffektionen u. s. w. Eine vorhandene Anisocorie soll nur eine Aufforderung sein, die Pupillenverhältnisse des Betreffenden auf das genaueste zu untersuchen.

Enge Pupillen bis zur Miosis	Weite Pupillen bis zur maximalen Mydriasis
physiologisch	
stärkere Belichtung	Dunkelheit
Konvergenzbewegung	Divergenzbewegung
tiefer Schlaf	Erwachen
Senium	
durch Gifte	
Morphium (ohne Starre)	Atropin und verwandte Alkaloide (mit Starre und Akkommodationslähmung)
Eserin (meist ohne Starre)	Cocain (ohne Starre)
tiefe ruhige Chloroformnarkose	Adrenalin
	Asphyxie

	bei Nervenkrankheiten
Sympathicuslähmung (ohne Starre)	Blindheit (mit Lichtstarre) Oculomotoriuslähmung (mit Ophthalmoplegie)

Die reflektorisch starren Pupillen bei reiner Tabes sind gewöhnlich eng. Bei der Paralyse können die lichtstarren oder reagierenden Pupillen sowohl eng, als mittelweit als ganz weit sein.

Endlich ist noch die **Rundung** der Pupille zu beachten. Reflektorisch starre oder träge reagierende Pupillen sind oft entrundet, mehr oder weniger eckig verzerrt. Die Entrundung geht in manchen Fällen der Lichtstarre voraus.

5. Trigeminus.

Der motorische Kern des Trigeminus versorgt die Kaumuskeln; er liegt in der Brücke, wo der Nerv auch ventral austritt. Der sensible Trigeminus hat 3 Wurzeln; die spinale, aufsteigende reicht bis an das oberste Halsmark und liegt lateral von der Substantia gelatinosa. Der sensible Trigeminus versorgt die Haut des Gesichts, die Schleimhaut von Mund und Nase, Conjunctiva und Cornea. Die mit dem Facialis verlaufende Chorda tympani bringt der Zunge Geschmacksfasern.

Einseitige Hemisphärenherde rufen keine gekreuzte, einseitige Kaumuskellähmung hervor. Kaumuskelkrämpfe, Trismus, bei Epilepsie, Meningitis, Tetanus. Anhaltendes Zähneknirschen bei Paralyse; es ist vielleicht als direkt motorisches Reizsymptom anzusehen, analog den spastischen Zuständen der Extremitäten. Starke Hypertrophie der Kaumuskulatur infolge des Zähneknirschens („Ochsenkopf").

10. 9. 11. Vagus, Glossopharyngeus, Accessorius.

Ihre Kerne liegen eng benachbart im verlängerten Mark. Glossopharyngeus: Muskulatur des Pharynx und weichen Gaumens. Schleimhaut von Zunge und Gaumen. Geschmacksnerv.

Vagus: Oesophagus, Magen, Darm. Regulatorischer Herz- und Atmungsnerv. Sensibler (Laryngeus superior) und motorischer (Laryngeus inferior) Kehlkopfnerv.

Accessorius: Sternocleidomastoideus und Cucullaris.

Bei Geisteskranken ist manchmal, sei es organisch oder funktionell, Rachen-, Kehlkopf- und Trachealschleimhaut völlig anästhetisch. Bei der Schlundsondenfütterung kann die Sonde in Kehlkopf und Trachea gleiten, ohne daß, vielleicht eine leichte Cyanose ausgenommen, Reflexerscheinungen (Husten, Würgen) ausgelöst werden. Man muß sich also vor dem Eingießen der Nahrung stets vergewissern, daß die Sonde im Magen angelangt ist (siehe später).

In anderen Fällen bewirkt die Sonde gerade das Gegenteil, nämlich spastische Krämpfe der Schlundmuskulatur (ähnlich wie bei der Lyssa), welche das Einführen der Sonde unmöglich machen können.

Das Erbrechen bei Geisteskranken, manchmal wochenlang andauernd und eventuell lebensbedrohlich, kann sein (abgesehen von spezifischen Magenkrankheiten) Symptom von

a) Rückenmarkskrankheit (Tabes, Paralyse, gastrische Krisen),

b) Hirndruck,

c) Urämie. Oder Folge von

d) Wahnideen, hypochondrischer Natur, oder Vergiftungsideen. Das Erbrechen, Herauswürgen der Nahrung ist in diesem Falle gewöhnlich willkürlich.

e) Indes kann es auch, bei den sogenannten einfachen Geistesstörungen (Katatonie) anscheinend ganz ohne Wahnideen, mit solcher elementarer Heftigkeit auftreten, daß schwere Magenleiden vorgetäuscht werden können, oder man zum mindesten an ein „organisches" Nervenleiden denkt. Vielleicht aber ist speziell das Erbrechen Katatonischer

weiter nichts als ein motivloser Negativismus, entsprechend den anderen katatonischen motorischen Symptomen.

f) Das sogenannte hysterische Erbrechen.

Allfällige, bei Geisteskrankheiten zu beobachtende Pulsanomalien oder Blutdruckschwankungen haben keine irgendwie in Betracht kommende klinische und diagnostische Bedeutung. Auch vermögen Hirnhyperämie und Hirnanämie keine Geistesstörungen sensu strictiori hervorzurufen.

7. 12. Facialis. Hypoglossus.

Der Facialiskern liegt in der distalen Brücke, latero-ventral vom Abducenskern, welchen die Facialisbündel vor dem Austritt im Bogen umziehen. Er tritt mit dem Acusticus am unteren Brückenrande lateral aus, während der Abducens daselbst medial austritt. Der Facialis ist der motorische Gesichtsnerv; aus praktischen Gründen unterscheidet man den Mundfacialis (Lippenmuskulatur) und den Augenfacialis (Orbicularis oculi, Stirnmuskeln). Während bei schweren peripheren Facialislähmungen Mund- und Augenäste gelähmt sind, bleibt bei cerebralen Facialislähmungen der Augenfacialis gewöhnlich verschont, weil, wie man annimmt, das kortikale Mundfacialiszentrum im unteren Teil der vorderen Zentralwindung (nahe dem XII. Zentrum), das kortikale Augenfacialiszentrum dagegen im Gyrus supramarginalis liegt. Zudem soll der Augenfacialis von beiden Hemisphären, der Mundfacialis nur von der gekreuzten Hemisphäre aus innerviert werden.

Wie bei allen Hirnnerven unterscheidet man auch beim Facialis den kortikalen (supranuklearen) Teil von der Hirnrinde bis zum Kern in der Brücke, und den peripheren Teil vom Kern bis zum Muskel. Die supranuklearen Facialisfasern verlaufen mit den Hypoglossusfasern im Knie der inneren Kapsel (Fig. 18), wo sie bei Hämorrhagien häufig mitlädiert werden. Sie kreuzen sich dann in der proximalen Brücke. Während eine Läsion in der inneren Kapsel gleichseitige Facialis- und Extremitätenparese bewirkt, rufen einseitige Ponsherde (also nach vollzogener VII. Kreuzung) eine gekreuzte Facialis- und Extremitätenparese hervor (Hemiplegia alternans facialis).

Wahrscheinlich erhält der Facialiskern noch eine Innervation aus dem Thalamus, durch welche die motorischen Affektäußerungen (Lachen, Weinen) übermittelt werden.

Facialisparese bei progressiver Paralyse; sie ist meist nur sehr wenig entwickelt: eine gewisse Schlaffheit einer Gesichtshälfte, mit Verstrichensein der Nasolabialfalte. Es empfiehlt sich, ihr nicht viel diagnostischen Wert beizulegen, da sie sehr leicht mit der angeborenen Gesichtsasymmetrie (siehe S. 35) verwechselt werden kann.

Mitbewegungen in der Gesichtsmuskulatur, beim Sprechen: bei anarthrischen Sprachstörungen; oft bei der paralytischen Sprachstörung.

Speichelfluß (Submaxillaris und Sublingualis vom Facialis, Parotis vom Glossopharyngeus), öfters bei jugendlichen Verblödungsprozessen vorkommend. Die Menge des in 24 Stunden abgesonderten Speichels kann viel über ein Liter betragen.

So heißt es in der Krankengeschichte eines Katatonischen: Das auffallendste Symptom Monate lang war, daß fortwährend Ströme von Speichel ihm aus dem Munde fließen. Man kann es kaum für möglich halten, daß es Speichel ist und nicht Urin, so groß ist die Menge.

Eine derartige Speichelsekretion ist wohl als direktes Hirnsymptom aufzufassen.

Im Gegensatz hierzu können Paranoische mit Vergiftungswahn viel Speichel willkürlich absondern und ausspucken.

Der Hypoglossuskern liegt im verlängerten Mark, ventral vom Zentralkanal, und am Boden des distalen 4. Ventrikels. Er tritt zwischen Pyramide und Olive ventral aus und versorgt die Zungenmuskulatur. Bei einseitiger Hypoglossuslähmung weicht die herausgestreckte Zunge nach der gelähmten Seite ab. — Das kortikale Zentrum liegt, dem des Facialis benachbart, ebenfalls im

unteren Drittel der vorderen Zentralwindung. Die supranukleare Hypoglossusbahn verläuft durch das Knie der inneren Kapsel.

Die Sprache.

Die Sprache ist das wichtigste Ausdrucksmittel der psychischen Vorgänge. Es ist selbstverständlich, daß bei Geisteskrankheiten auch die sprachlichen Aeußerungen formal oder inhaltlich irgendwie abnorm sein müssen. Man wird die Sprachstörungen im engeren Sinne zu trennen haben von sprachlichen Abnormitäten, welche eine direkte Aeußerung der Geistesstörung sind, und bei denen der Sprachmechanismus als solcher intakt ist.

Was wir Sprache nennen, ist ein komplizierter Vorgang, welcher sich zusammensetzt aus intrapsychischen Vorgängen und den hieraus entstehenden koordinierten Bewegungsimpulsen für die Sprachmuskulatur, durch welche die gewollten Sprachbewegungen in der beabsichtigten Weise zum Ausdruck kommen und für andere wahrnehmbar werden.

Man hat die Sprache eingeteilt in die innere und äußere Sprache; letztere wieder in Artikulation und Phonation.

Intaktheit der inneren Sprache setzt Unversehrtheit der sogenannten Sprachregion im Gehirn voraus, d. h. der **linken Inselgegend**, samt den angrenzenden Teilen des Stirnhirns (3. linke Stirnwindung, Brocasche Stelle) und Schläfenhirns (1. Temporalwindung, Wernickesche Windung). Die innere Sprache besteht, beim Sprechen und Schreiben, in der Wortfindung, Wortbildung, sowie im Verständnis des Gesprochenen und Geschriebenen.

Störungen der inneren Sprache heißt man **Aphasie.**

Zum normalen Vonstattengehen der Artikulation und Phonation (der Sprechmechanik) bedarf es nicht nur normaler peripherer Sprechwerkzeuge (Sprechmuskeln, Kehlkopf), sondern auch ihre Innervation muß normal sein; d. h. der Weg von der Hirnrinde der Sprachregion bis zu den jeweiligen Muskeln muß unversehrt sein. Am Sprechen beteiligen sich von den Nerven (abgesehen von den zur Atemmuskulatur führenden) hauptsächlich der Hypoglossus, Facialis, Vagus und Trigeminus.

Störungen der Artikulation heißen **Anarthrie,** solche der Phonation **Aphonie.**

Im Gegensatz zu diesen Sprachstörungen, welche also durch Anomalien des zentralen Nervensystems zu stande kommen, sind die Sprechstörungen Folgen rein peripherer Anomalien (Mangel der Zähne, Erkrankungen der Zunge, Lähmung der Kehlkopfmuskeln, Geschwülste der Stimmbänder u. s. w.), bei intaktem Zentralnervensystem. Die Sprechstörungen werden im folgenden nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Sprachstörungen lassen sich zwanglos einteilen:

1) in angeborene oder in frühester Jugend entstandene, und
2) im späteren Leben erworbene.

1. Die angeborenen Sprachstörungen.

a) Die Taubstummheit.

α) Als Entwickelungshemmung.

β) Infolge erworbener Taubheit in frühester Jugend (Otitis media; Infektionskrankheiten: otogene Taubstummheit, das viel Häufigere).

Für eine normale Entwickelung der Sprache ist die Unversehrtheit des peripheren und zentralen Hörapparates die notwendige Voraus-

setzung. Ist das Kind, wenn es sprechen lernen soll, taub, dann bleibt es, ununterrichtet, auch stumm.

Taubstumme können sehr intelligent sein, trotz der schweren Schädigungen, welche Mangel von Gehör und Sprache bedingen, — im Gegensatz zu den Idioten, bei welchen die Sensus externi intakt sind und denen auch die Sprache zur Verfügung steht.

Taubstummheit im Strafgesetzbuch § 58, siehe später.

Taubstummheit = motorische + sensorische Aphasie + Taubheit.

Bei den folgenden angeborenen oder früh erworbenen Sprachanomalien ist die Hörfähigkeit der Kinder intakt.

b) Die Hörstummheit: Die Sprachregion ist unentwickelt geblieben. Die Intelligenz kann intakt sein. Das Krankheitsbild ist das einer angeborenen motorischen Aphasie.

c) Das Stammeln (Anarthrie oder Dysarthrie, angeboren oder in früher Jugend erworben [Nachahmungs- oder Gewohnheitsstammeln]).

Gammazismus = g und k
Lambdazismus = l
Sigmatismus = s
} können nicht gesprochen werden.

Das kongenitale Stammeln, die angeborene Dysarthrie, findet sich einmal bei Idioten, dann aber auch bei normal begabten Kindern, so daß es für sich allein jedenfalls nicht die Diagnose auf Idiotie gestattet.

Anarthrie infolge organischer Defekte im Zentralnervensystem: Porencephalie, Entwickelungshemmung der supranuklearen motorischen Sprachnerven.

Der höchste Grad der Anarthrie ist die artikulatorische Stummheit. Daß hierbei die innere Sprache intakt ist, zeigt sich daran, daß der Kranke auf Fragen die richtigen Antworten zu geben versucht, indem er, im Rhythmus der Worte exspiratorische Stöße hervorbringt.

d) Das Stottern. Dasselbe ist meist in frühester Jugend erworben. Stotternde pflegen ebenfalls intelligent zu sein. Das Stottern ist aufzufassen als eine spastische, krampfhafte Koordinationsstörung der Artikulation. Sie ist aber meist „funktionell", d. h. es liegt ihr keine anatomisch nachweisbare Veränderung zu Grunde. Stottern ist bei Nicht-Idioten gewöhnlich auch heilbar.

2. Die im späteren Leben entstandenen Sprachstörungen.

α) Die Aphasien.

Kortikale motorische Aphasie: Die Kranken verstehen Gesprochenes, können aber weder spontan, noch nachsprechen. Schreiben gestört (aber nicht das Zeichnen!). Die Läsion sitzt in der 3. linken Stirnwindung (Brocasche Stelle).

Kortikale sensorische Aphasie: Die Kranken können spontan sprechen, aber sie vertauschen Wörter (Paraphasie). Sie verstehen das Gehörte nicht. Schreiben gestört. Die Läsion sitzt im hinteren Drittel der ersten Temporalwindung (Wernickesche Stelle).

Diese beiden Aphasien sind gewöhnlich Folge von Herdkrankheiten (Blutung, Erweichung, Tumor), und dann sind die Aphasischen gewöhnlich auch mono- oder hemiplegisch für rechts. Doch können diese Aphasien auch bei diffusen Hirnkrankheiten auftreten (Paralyse, hier namentlich als vorübergehende Störung, nach Anfällen).

Kortikal Aphasische durch Herderkrankung denken ganz anders, als gesunde Menschen, weil ihnen die „innere Sprache" fehlt; aber sie sind z. B. in

optischer Hinsicht, inkl. der Orientiertheit im Raum, durchaus ungestört, wie sie überhaupt sonst sehr intelligent sein können.

Paraphasie = Verwechseln der Worte. Eine der Paraphasie ähnliche Sprachstörung findet sich, beim Lautlesen, oft beim Alkoholdelir, bei Paralyse und nach Hirnerschütterung.

Perseveration = Haftenbleiben, Klebenbleiben; ein wichtiges Symptom bei manchen Aphasien. Wenn einem solchen Kranken die Antwort auf die erste Frage richtig gelungen ist, so kann er das gleiche Wort auch als Antwort auf die nächsten Fragen vorbringen.

Agrammatismus = Unfähigkeit, richtige Sätze zu bilden.

Agraphie = Störung der Schriftsprache, bei den kortikalen Aphasien stets vorhanden. Die Störung der Schriftsprache Aphasischer läßt sich nicht dadurch erklären, daß Aphasische (Herd links) gewöhnlich auch rechtsseitig hemiplegisch sind, also eine Lähmung des rechten Armes haben.

β) Die Anarthrien.

Anarthrie, d. h. Koordinationsstörung, Ataxie der Sprachmuskulatur, bei Bulbärerkrankungen (Erweichungen im verlängerten Mark, Bulbärparalyse), in der Gegend der Sprachmuskelkerne. Diese Störung ist eine nukleare, d. h. die betreffenden Muskeln zeigen Entartungssymptome.

Die Sprachstörung bei der Pseudobulbärparalyse (multiple Erweichungen in beiden Hemisphären) und bei der Paralyse ist eine **supranukleare**, d. h. es fehlt der Muskelschwund in der Sprachmuskulatur.

Die **paralytische Sprachstörung**, eine der Anarthrie sehr verwandte Störung, gekennzeichnet durch den Reichtum an Einzelstörungen. Störungen der Wortbildung, Versprechen und Verstümmeln der Worte, Vertauschen der Buchstaben, Verlangsamung des Sprechens, Stocken, Silbenstolpern, Pausen, zu starke, aber falsche Innervation mit Mitbewegungen (s. S. 43) in der übrigen Gesichtsmuskulatur. Dabei echte Anarthrie, Stammeln.

Zur Untersuchung auf paralytische Sprachstörung lasse man die Kranken laut vorlesen.

Skandierende Sprache der multiplen Sklerose; sie kann ebenfalls durch die progressive Paralyse vorgetäuscht werden, wie überhaupt die Paralyse den ganzen Symptomenkomplex der multiplen Sklerose (Intentionstremor, Nystagmus) nachahmen kann.

Aehnlich der paralytischen Sprachstörung weist auch die paralytische **Schrift**, abgesehen vom Inhalte des Geschriebenen, Störungen auf, wie Auslassen und Vertauschen von Buchstaben, Wörtern, Verstümmeln derselben, Zittererscheinungen, Ataxie. Bei fortgeschrittener Paralyse geht die Fähigkeit zu schreiben völlig verloren. Schreibversuche Paralytischer ergeben dann nur ein unleserliches Gekritzel.

Zitterschrift der Alkoholisten.

Zitterschrift bei senilem Tremor.

Abgesehen von diesen Sprachstörungen, welche mehr oder weniger in das neurologische Gebiet fallen, können die sprachlichen Aeußerungen der Geisteskranken noch eine Reihe anderer Abnormitäten bieten, welche innige Begleiterscheinungen der betreffenden Geistesstörung sind.

So spricht man vom

Rededrang der Maniakalischen und mancher Paralytiker.

Sprachhemmung, Sprachlosigkeit bei Melancholie und Stupor. Leise, monotone Sprachweise mancher Melancholischer und Deprimierter.

Sprachmanieren,
Sprachverwirrtheit,
Danebenreden,
Wortneubildung
} der Katatonischen.

Privatsprache des Paranoischen; d. h. der Paranoische prägt neue Wörter und belegt dieselben mit einer nur ihm persönlich bekannten Bedeutung.

Idiotensprache, welche sich, abgesehen von allfälligem Stammeln u. s. w. (s. S. 45) durch mehr oder weniger große „Wüstheit", Mangel an Grazie, durch Manieren, unmotivierten Tonfall auszeichnet.

Umschriebene Defekte der Idioten: Manche Idioten können lesen, aber nicht schreiben, manche schreiben, d. h. Druckschrift in geschriebene Buchstaben umsetzen, aber das Selbstgeschriebene nicht lesen.
Schreibdrang der Manischen,
Schreibmanieren der Katatonischen,
Zeichnungen und Druckschriften Paranoischer.

Störungen im Gebiete der Rückenmarksnerven.

I. Motilität.

Die **Pyramidenbahn** wird von langen Nervenfasern gebildet, welche aus dem Gyrus centralis anterior entspringen. Sie senken sich in die basalen Ganglien ein, dieselben zerteilend und die innere Kapsel bildend (Fig. 18). Weiter durchziehen sie den Hirnschenkelfuß (Fig. 19), die Querfaserung der Brücke und

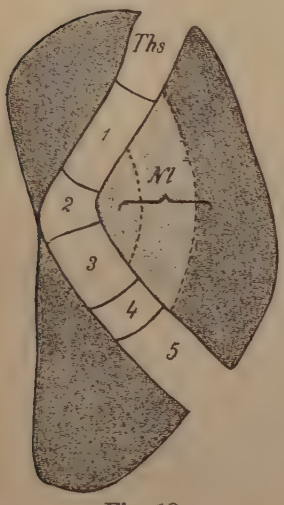


Fig. 18.

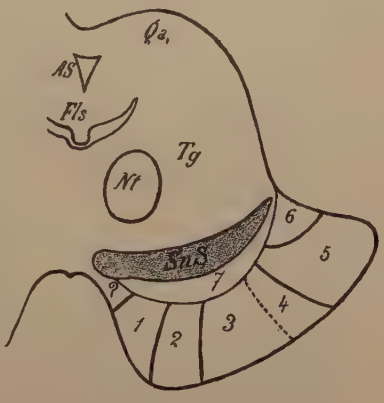


Fig. 19.

Fig. 18. Schema der inneren Kapsel. *Nl* Linsenkern. Die unbezeichnete graue Masse vorne ist der Nucleus caudatus, die hintere der Thalamus opticus, *Ths* vorderer Thalamusstiel, *1* frontale Brückenbahn, *2* cerebrale Bahn der motorischen Hirnnerven, *3* eigentliche Pyramidenbahn, *4* Muskelsinnbahn, *5* Carrefour sensitif. (Nach OBERSTEINER, Nervöse Zentralorgane, Fig. 179.)

Fig. 19. Schema des Hirnschenkels. *Qa* vorderer Vierhügel, *AS* Aquaeductus Sylvii, *Fls* hinteres Längsbündel, *Tg* Haube, *Nt* roter Kern der Haube, *SnS* Substantia nigra Soemmeringi, *?* fragliches, medialstes Gebiet, *1* frontale Brückenbahn, *2* Bahn der motorischen Hirnnerven, *3* Pyramidenbahn, *4* Muskelsinnbahn, *5* sensibler Anteil des Hirnschenkelfußes, *6* Bündel von der Schleife zum Fuß, *7* Stratum intermedium. (Nach OBERSTEINER, l. c., Fig. 180.)

treten als Pyramide ventral-medial am verlängerten Marke hervor, in dessen distalem Ende sie sich partiell kreuzen. Dann ziehen sie größtenteils im gekreuzten Pyramidenseitenstrang (Fig. 20) abwärts bis zu den großen motorischen Vorderhornganglienzellen. Hier endet die Pyramidenbahn.

Aus den Vorderhornzellen entspringen die vorderen Wurzeln, welche sich in die motorischen Anteile der peripheren Nerven fortsetzen und im Muskel enden.

Die Pyramidenbahn, an irgend einem Teile unterbrochen, oder erkrankt, degeneriert absteigend. Klinisch äußert sich eine solche Degeneration im Gebiete der Pyramidenbahn in **spastischer** Steigerung des Patellarreflexes und hypertonischen Zuständen der Muskulatur.

Die **Hinterstränge** des Rückenmarkes stehen größtenteils mit den aus den Spinalganglien in das Rückenmark eintretenden hinteren Wurzeln in direkter Verbindung. Von den verschiedenen Teilen der hinteren Wurzeln interessieren hauptsächlich

1) die im Hinterstrang direkt nach aufwärts ziehenden Fasern. Sie bilden die GOLLschen Stränge (medial, aus dem Lendenmark) und BURDACHschen Stränge (lateral, aus dem Halsmark);

2) Hinterwurzelfasern, die in den CLARKEschen Säulen enden; aus ihnen entspringen die Kleinhirnseitenstrangbahnen, welche nach aufwärts verlaufen und sich in die Corpora restiformia des Kleinhirnes einsenken;

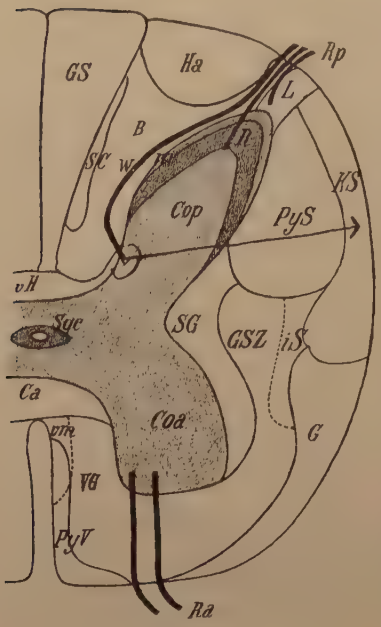


Fig. 20.

Fig. 20. Schematischer Querschnitt durch das Halsmark. *B* BURDACHscher Strang, *Ca* vordere Commissur, *Coa* Vorderhorn, *Cop* Hinterhorn, *G* GOWERSsches Bündel, *GS* GOLLscher Strang, *GSZ* gemischte Seitenstrangzone, *Ha* hinteres äußeres Feld, *iS* intermediäres Seitenstrangbündel, *KS* Kleinhirnseitenstrangbahn, *L* LISSAUERsche Randzone, *m* Marginalzone, *PyS* Pyramidenseitenstrang, *PyV* Pyramidenvorderstrang, *R* Substantia gelatinosa Rolandi, *Ra* vordere Wurzel, *Rp* hintere Wurzel, *SC* SCHULTZEsches Komma, *SG* seitliche Grenzschichte, *Sgc* Substantia gelatinosa centralis, *Vg* Vorderstranggrundbündel, *vH* zentrales Hinterstrangfeld, *vm* Fasciculus sulco-marginalis, *w* Wurzel. (Nach OBERSTEINER, l. c., Fig. 133.)

3) Hinterwurzelfasern, deren Kollateralen zum Vorderhorn ziehen — Reflexkollateralen.

Diese drei Abteilungen der Hinterwurzeln pflegen bei Tabes zu erkranken; infolgedessen kommt es

1) zu Sensibilitätsstörungen,
2) zu Koordinationsstörungen, **Ataxie**,
3) zu Reflexstörungen — **aufgehobener Patellarreflex**, samt Hypotonie der Muskulatur.

Der sensible Schenkel des Patellarreflexbogens besteht aus einem sensiblen Ast des N. cruralis, und den hinteren Wurzeln, der motorische Schenkel aus den vorderen Wurzeln und dem N. cruralis. Das sogenannte Reflexzentrum des Patellarreflexes liegt im 2. bis 4. Lumbalsegment.

Der **Patellarreflex** ist ein sehr konstanter Reflex; er läßt sich in 98—99 Proz. aller Menschen nachweisen, wenn auch bei den Einzelnen an Intensität sehr verschieden stark. Es ist wichtig, zu wissen, daß er (in 1—2 Proz.) bei ganz Gesunden angeboren fehlen kann und daß also Fehlen des Patellarreflexes ohne sonstige Symptome nicht ohne weiteres den Schluß auf Hinterstrangerkrankung zuläßt. Auch „lebhafte" Patellarreflexe sind an sich nichts Krankhaftes. Dagegen ist die

spastische Steigerung derselben, oft verbunden mit langdauerndem Dorsalklonus, Zeichen einer organischen Erkrankung im Zentralnervensystem mit Degeneration der Pyramidenbahn. Sie kann vorkommen, ein- und doppelseitig, bei **Paralyse**, dann bei Herderkran-

kungen des Gehirnes (Hämorrhagie!), sowie diffusen und einigen systematischen Krankheiten des Rückenmarkes.

Die spastische Steigerung der Sehnenreflexe geht mit starker Hypertonie der Muskeln einher. Zunächst überwiegt die Streckmuskulatur; später hingegen kann es zur spastischen Beugekontraktur kommen, welche extremste Grade erreichen kann (s. Fig. 21). Mit zunehmender Beugekontraktur pflegen dann auch die

Fig. 21. Spastische Beugekontrakturen bei Seitenstrangsklerose.

vorher gesteigerten Patellarreflexe schwächer zu werden und zu verschwinden.

Erkrankte eine Pyramidenbahn in früher Jugend (Porencephalie), so kommt es auch zu Wachstumshemmung der befallenen Extremitäten und zu charakteristischen Kontrakturen (s. später: Porencephalie).

Von allen diesen „organischen" Kontrakturen prinzipiell verschieden sind die „psychisch" hervorgerufenen Kontrakturen, z. B. bei Katatonie und Hysterie, von denen später die Rede sein soll. —

Die Lähmungen der Extremitäten bei Erkrankungen im Bereiche der Pyramidenbahnen teilt man in

Monoplegien: Sitz im Rindenzentrum oder zugehörigen Marklager.

Hemiplegien:

a) mit gleichseitiger Facialis-Parese: Sitz in Rinde, Marklager, oder innerer Kapsel,

b) mit gekreuzter Facialis-Parese: Sitz in der Brücke (Hemiplegia alternans facialis),

c) mit gekreuzter Oculomotorius-Lähmung: Sitz im Hirnschenkel (Hemiplegia alternans oculomotoria).

Paraplegien: Sitz gewöhnlich im Rückenmark.

Diplegien (Lähmung sämtlicher 4 Extremitäten): Sitz im oberen Halsmark oder cerebralwärts.

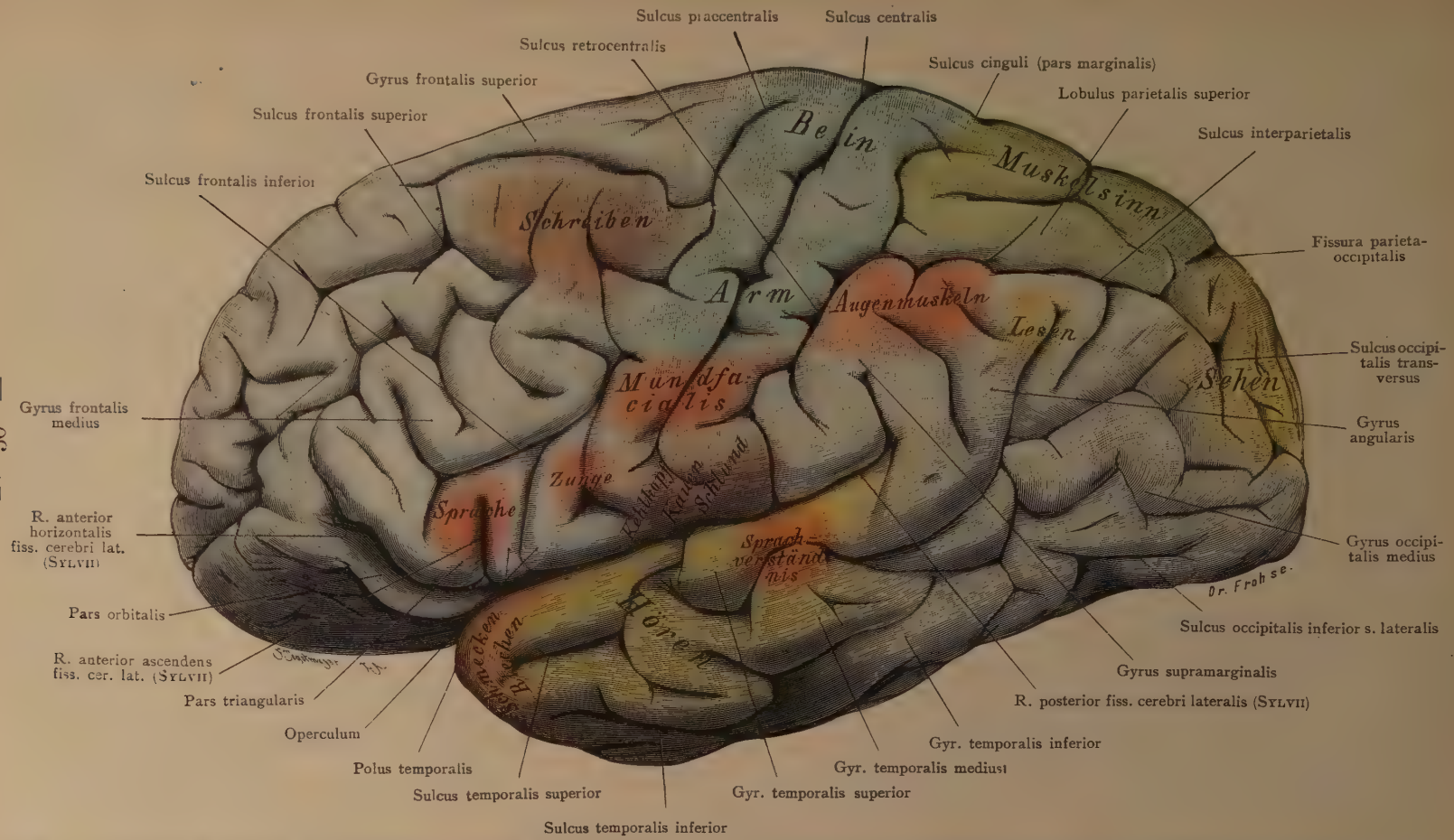


Fig. 22. Laterale Konvexität des Großhirns: Furchen und Windungen. (Nach Ziehen, aus Bardeleben, Haeckel und Frohse, Atlas d. topogr. Anat.)

Bei diesen Lähmungen fehlt die Entartungsreaktion; denn letztere tritt nur ein, wenn das trophische Zentrum der Muskeln (Vorderhornzellen, Poliomyelitis anterior, spinale Kinderlähmung) oder der periphere Nerv erkrankt ist.

Zu beachten ist endlich bei Hemiplegien das oft zu konstatierende entgegengesetzte Verhalten der Sehnen- und Hautreflexe auf der gleichen Seite, also

Sehnenreflexe gesteigert,
Bauch- und Cremasterreflex abgeschwächt.

Fehlen der Patellarreflexe, oder abnorm schwache Patellarreflexe kommen in 1 bis 2 % aller gesunden Menschen vor als **angeborene Eigentümlichkeit** bei völlig normalem Nervensystem. Diese Tatsache hat einen diagnostischen Wert deshalb, weil man bei fehlenden Patellarreflexen und ohne sonstige Zeichen einer spinalen Erkrankung stets daran denken soll, daß das Fehlen der Patellarreflexe nur eine individuelle Eigentümlichkeit sein kann, welche nicht den Schluß auf Hinterstrangerkrankung gestattet.

Abgesehen hiervon können die Patellarreflexe fehlen oder abnorm schwach ausfallen infolge lokaler Veränderungen über dem Ligamentum patellae (Hygrome, Schwielen), oder infolge relativ zu schweren Beines (Oedem des Unterschenkels, abnorm schwacher Quadriceps). Endlich kann der Patellarreflex fehlen infolge peripherer Läsion des sensiblen oder motorischen Reflexbogenschenkels (Neuritis, Quadricepsatrophie); dann werden aber andere Symptome einer Neuritis (An- und Parästhesien, muskuläre Erkrankungen) nicht fehlen. Das Greisenalter an sich bringt keinen Verlust der Patellarreflexe mit sich; ebensowenig der chronische Alkoholismus, wenn keine Neuritis besteht.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von isoliertem Fehlen der Patellarreflexe indes ist dieses eine Folge der bestehenden Hinterwurzel- und Hinterstrangerkrankung, der **Tabes,** zu welcher in allen ihren Krankheitsstadien die **Paralyse** treten kann. Durch die tabische Erkrankung (s. später: Paralyse) der sensiblen hinteren Wurzeln, oder der Reflexkollateralen wird der Reflexbogen unterbrochen, so daß der Patellarreflex nicht mehr zu stande kommt. Läßt der tabische Prozeß das Lendenmark frei und lokalisiert sich vorwiegend im Halsmark (Tabes cervicalis, im Gegensatz zur Tabes lumbalis), dann bleiben auch die Patellarreflexe erhalten.

Die tabische Hinterstrangerkrankung führt, außer dem Fehlen des Patellarreflexes, auch zu einer mehr oder weniger ausgesprochenen Koordinationsstörung, der **Ataxie.** Als koordiniert bezeichnet man eine Muskelleistung dann, wenn sie bis in alle Einzelheiten so ausfällt, wie sie beabsichtigt war. Damit dies geschehen kann, ist die ständige Zuleitung zentripetaler sensibler Erregungen Bedingung. Wird diese Zuleitung unterbrochen (tabische Hinterstrangerkrankung), so kommt es zu der als Ataxie bezeichneten Bewegungsstörung, u. a. dem schleudernden, stampfenden Gang der Tabiker, dem Rombergschen Zeichen (Schwanken bei geschlossenen Augen), den Störungen beim Sichsetzen, Aufstehen, Treppengehen, Ausführen komplizierter Bewegungen.

Man unterscheidet 3 Arten der Ataxie, welche sämtlich bei Paralyse vorkommen können:

die spinale
cerebellare
cerebrale } Ataxie.

Als cerebellare Ataxie bezeichnet man eine Gleichgewichtsstörung, ein Taumeln, oder völlige Unfähigkeit beim Gehen und Stehen; in der Ruhelage kann der Kranke koordinierte Bewegungen ausführen. Der paralytische Krankheitsprozeß kann das Kleinhirn so stark befallen, daß es sich verkleinert und

daß klinisch die Erscheinungen der cerebellaren Ataxie entstehen. — Die gleiche Ataxie kann auch bei Kleinhirntumoren und -erweichungen auftreten.

Das Taumeln der Betrunkenen und die Ataxie mancher Alkoholdeliranten ist der cerebellaren Ataxie sehr ähnlich. Andere chronische Alkoholisten sind vorwiegend spinal ataktisch, infolge Erkrankung der peripheren Nerven, hinteren Wurzeln und Hinterstränge.

Die Rückenmarkskrankheit bei der Paralyse ist oft kombiniert, d. h. es können Seiten- und Hinterstränge zusammen erkrankt sein, so daß, je nach Sitz und Intensität, die einzelnen Symptome, sich verbinden können:

Seitenstrangerkrankung	Hinterstrangerkrankung
	reflektor. Pupillenstarre
spastische	fehlende Patellarreflexe
Dorsalklonus	
Hypertonie	Hypotonie
spastische Kontrakturen	Ataxie
	Anästhesien
	Blasenstörungen
	trophische Störungen.

Der durch Tabes fehlende Patellarreflex kann durch hinzutretende Seitenstrangerkrankung wieder erscheinen. Hypotonie einzelner Muskelgruppen und Ataxie kann sich mit Hypertonie anderer Muskeln (Pectoralis, Adduktoren des Beines), die reflektorische Pupillenstarre mit Seitenstrangerkrankung verbinden.

Je nach dem Sitz der Läsion unterscheidet man als Gangarten den

spastischen
ataktischen
paretischen } Gang

und zwar den

mono-, hemi- und paraparetischen,
spastisch-paretischen,
taumelnden (cerebellar-ataktischen) Gang. — Zirkumduktion des gestreckten Beines beim apoplektischen Hemiplegiker.

Im Gegensatz zu diesen organischen Gangstörungen haben manche Geisteskranke Störungen im Gehen und Stehen, welche eine anatomisch nachweisbare Läsion im Zentralnervensystem vermissen lassen, trotzdem man, nach der Art der Störung, an eine solche Läsion denken könnte:

Gang mancher Idioten (spastisch, oder ataktisch, oder nach Art der Peronaeuslähmung u. s. w.)

Gang mancher Katatoniker.

Bei den organisch bedingten Störungen der Blasen- und Mastdarminnervation Geisteskranker handelt es sich meistenteils um die schlaffe Sphincterlähmung („ausdrückbare Blase"). Wie Blasenstörungen bei Tabes ein häufiges Symptom sind, so fehlen sie auch nicht bei vielen Paralytikern (Gefahr der Cystitis bei Paralyse, siehe Seite 33).

Die Unsauberkeit vieler Geisteskranker, welche die maximalsten Grade erreichen kann, ist aber nicht nur Folge einer organischen Rückenmarkskrankheit, sondern Folge des anormalen psychischen Zustandes, und zwar entweder des Blödsinnes (Idiotie, Epilepsie, Dementia simplex, paralytica, senilis), — oder des Negativismus (Katatonie, s. später).

Ueber Urinretention infolge von Wahngedanken s. S. 33.

Das Zittern (Tremor).

Man unterscheidet fein-, mittel- und grobschlägigen Tremor, ferner den Tremor bei intendierten Bewegungen (multiple Sklerose; manche Fälle von Paralyse) und das Zittern in der Ruhe (Paralysis agitans).

Für die Psychiatrie in Betracht kommen
das toxische Zittern, besonders bei Alkoholisten und im Delirium tremens alcoholicum; bei letzterem kann es auch manchmal fehlen (Delirium tremens sine tremore),
das senile Zittern,
das Zittern bei Paralyse,
das sogenannte hysterische Zittern.

Diesen Zittererscheinungen gegenüber zeigen manche Geisteskranke ein Zittern von durchaus anderer Genese, — nämlich aus Angst.

Choreatische oder athetotische Bewegungen bei Porencephalie, Haemorrhagia cerebri.

Chorea minor (SYDENHAM), infektiöse Chorea, meist mit Endocarditis, oft nach Polyarthritis aufretend, gelegentlich mit psychischen vorübergehenden Schwächezuständen oder toxischen Delirien.

Chorea chronica hereditaria (HUNTINGTON), eine gewöhnlich familiär auftretende Krankheit, welche mit choreatischer Bewegungsstörung einhergeht, progressiv verläuft und mit Verblödung endet.

Die anfallsartigen Störungen.

Dieselben kommen bei Objekten der Psychiatrie häufig vor. Man kann sie einteilen in

apoplektiforme („Schlaganfälle“)	und	epileptiforme (Krampfanfälle)
Hämorrhagie		Epilepsie
Embolie		
Thrombose		
Pachymeningitis haemorrh.		
Paralyse		Paralyse
Hirntumor		Hirntumor
		Urämie
		Infektionen
		Intoxikationen
		bes. bei Kindern
Dementia praecox		Dementia praecox
(Hysterie)		(Hysterie).

Nur ist zu bemerken, daß alle Intensitätsgrade dieser Anfälle vorkommen:

Schwindel, Ohnmacht, leichte Bewußtseinstrübung, leichtes Zucken in einem Muskelgebiet stellen bereits (rudimentäre) Anfälle dar.

Anfall und { Temperatursteigerung s. S. 31 / Albuminurie s. S. 32.

Vorübergehende Aphasien (s. S. 45) und Lähmungen nach paralytischen Anfällen.

Anfälle auf sensiblem Gebiet: Neuralgien (bei Epilepsie)

Auf sensorischem Gebiet: Anfallsartige Blindheit (Epilepsie, Paralyse, Urämie). Migräne, eine Krankheit sui generis, aber auch ein Symptom von Epilepsie, Paralyse, Hirntumor.

Die anfallsweise auftretenden rein psychischen Erscheinungen (Tobsucht, Angst etc.) gehören, streng genommen, nicht mehr hierher. Jedoch sind, z. B. bei der Epilepsie, die Uebergänge von den „neurologischen“ zu den „psychischen“ Anfällen manchmal fließende, so daß man gelegentlich im Zweifel sein kann, ob man einen „neurologischen“ oder „psychischen“ Anfall vor sich hat.

II. Sensibilität.

Bei Paralytischen mit Hinterstrangerkrankung wird man, ähnlich wie bei Tabes, auch Sensibilitätsstörungen — Anästhesien etc. — erwarten dürfen.

Doch sind bei Paralytikern, wegen ihres psychischen Zustandes, feinere Sensibilitätsprüfungen in der Regel nicht durchzuführen. Man kann bei solchen Prüfungen niemals wissen, inwieweit Sensibilitätsstörungen durch mangelhafte Aufmerksamkeit, Interesselosigkeit, Blödsinn vorgetäuscht werden.

Wenn die Schmerzempfindung bei Geisteskranken oft völlig geschwunden ist, so ist als Erklärung für diese Analgesie nur bei einem Teil der Kranken eine anatomische Läsion — Hinterstrangerkrankung, Paralyse — zu finden. So werden „trophische" Knochenbrüche und die höchsten Grade des akuten Decubitus nicht als schmerzhaft empfunden, — in ähnlicher Weise, wie bei nichtgeisteskranken Rückenmarkskranken.

Bei der Mehrzahl der Geisteskranken läßt sich die bestehende Analgesie nicht durch nachweisbare Läsion anatomischer Bahnen erklären; vielmehr ist für die Analgesie nur der krankhafte Hirn- bezw. Geisteszustand als Ursache anzusehen. So können sich Katatonische und Paralytische entsetzliche Selbstverstümmelungen beibringen, ohne eine Spur Schmerzempfindlichkeit zu zeigen. Ferner fehlt bei Angstzuständen, in welchen allerhand qualvolle Selbstmordversuche vorgenommen werden, meist auch das Schmerzgefühl völlig. Auch Maniakalische äußern manchmal, bei Operationen (Furunkel, Panaritien), keinen Schmerz. — Ueber die Rachenanästhesie, welche wegen der Sondenfütterung praktisches Interesse hat, vergl. S. 42.

Ebenso wie die Analgesie sind auch die spontan auftretenden Schmerzen nur zum Teil durch anatomisch nachweisbare Erkrankung hervorgerufen (lanzinierende Schmerzen, gastrische und andere Krisen, bei Paralyse mit Hinterstrangerkrankung). Bei anderen Schmerzanfällen (Neuralgien der Epileptiker), sowie bei den gelegentlich äußerst starken Schmerzäußerungen der Hypochonder und Paranoiker, fehlen derartige nachweisbare anatomische Schädigungen.

Sensorielle Hyperästhesie findet sich manchmal bei epileptischen Zuständen; das geringste Geräusch vermag einen Anfall auszulösen. Da hierbei außerdem Trismus vorhanden sein kann und schmerzhafte Kontraktur der Nackenmuskulatur, auch erhöhte Temperatur, so kann sehr wohl ein dem Tetanus sehr ähnliches Bild entstehen.

III. Die trophischen Störungen.

Die „trophischen Zentren" für die Muskeln liegen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes; bei Läsion derselben oder des peripheren Nerven wird also degenerative Muskelatrophie mit Entartungsreaktion eintreten, nicht dagegen bei Erkrankung der Pyramidenbahn, cerebralwärts von den Vorderhörnern.

Die trophischen Zentren der sensiblen Nerven selbst liegen in den Intervertebralganglien, diejenigen für Haut und Knochen wahrscheinlich ebenfalls im Rückenmark. Akute Hautablösungen sind auch bei umschriebenen Hirnherden beobachtet werden.

Ebenso wie trophische Störungen aller Art bei der Syringomyelie und der unkomplizierten Tabes vorkommen können, ebenso können sie bei der Paralyse auftreten; denn diese ist ja bekanntlich eine Hirn- und Rückenmarkskrankheit. So sind die (bei Paralyse selten vorkommenden) echten Muskelatrophien, das Ausfallen von Haaren, Nägeln, Zähnen, die Ohrblutgeschwulst, das Malum perforans als trophische Störungen aufzufassen. Namentlich aber treten im Verlauf der Paralyse manchmal akute, pemphigusartige Hautablösungen auf, bei welchen in mehr oder weniger großer Ausdehnung sich die Epidermis abstößt (vergl. Fig. 23 a).

Eine trophische Störung ist ferner der sogenannte akute, d. h. in oft unglaublich kurzer Zeit (Stunden bis Tagen) entstehende

Fig. 23a. Akute Hautablösung bei progressiver Paralyse.

Decubitus. Wie wenig beim trophischen „Druck"brand der Druck eine Rolle spielen kann, illustriert am besten die gerade bei Paralyse

Fig. 23b. Akuter Decubitus bei progressiver Paralyse.

im Endstadium zu konstatierende Tatsache, daß, bei zunehmenden Beugekontrakturen und Ueberwiegen der Adduktoren, die Haut zwischen den wochenlang zusammengepreßten Stellen trotz des Druckes keinen „Druck"brand zeigt, daß dagegen eine solche brandige Haut-

zerstörung gerade an Stellen, welche niemals einem Drucke ausgesetzt sind, entsteht. Der trophische Decubitus läßt sich auch bei der besten Krankenpflege niemals völlig vermeiden.

Die trophischen Störungen an den Knochen äußern sich intra vitam in Spontanfrakturen, welche, im Gegensatz zu den Spontanfrakturen bei lokalen Knochenerkrankungen, oder bei der senilen Osteoporose, in der Regel schmerzlos verlaufen. Die Ursache der trophischen Spontanfrakturen ist eine, eventuell auf das gesamte Knochensystem sich erstreckende, Osteoporose, welche sich in abnorm schwammigem Bau des Knochens, Verdünnung oder Fehlen der Compacta, und abnorm leichtem Gewicht der Knochen zeigt. Spontanfrakturen werden am meisten beobachtet an den Rippen und den Beinen, dann auch am Kreuzbein, Unterkiefer u. s. w. Trophische Gelenkveränderungen — Arthropathien.

Fig. 24. Skelettierte Knochen einer beim Tode 55-jährigen Paralytischen (mit Tabes). Im Leben wenigstens 7 echte Spontanfrakturen, bei vorzüglichem Ernährungszustande. Monströser schwammiger Kallus. Diffuse Osteoporose des ganzen Skeletts. Außerordentlich geringes Gewicht der Knochen. (Aus der Skelettsammlung der Würzburger psychiatrischen Klinik.)

Trophische Störungen fehlen keineswegs auch bei den sogenannten einfachen Geistesstörungen, wenn sie auch außerordentlich viel seltener sind. — Ebenso beobachtet man bei den einfachen Geistesstörungen vasomotorische Erscheinungen: Oedeme, spontane Blutungen etc. — Trophische Störungen (Hautablösungen) bei umschriebenen Hirnherden.

Als trophische Funktion im weiteren Sinne läßt sich der regulatorische Einfluß des Zentralnervensystems auf Körpergewicht und Körpertemperatur, Ernährung und Stoffwechsel bezeichnen. Diese Faktoren können bei vielen organischen und „funktionellen“ Geisteskrankheiten so erhebliche Anomalien aufweisen (vergl. S. 29), daß man letztere nicht durch akzidentelle äußere Ursachen erklären kann, sondern als Folgen der Hirnkrankheit ansehen muß. Dementsprechend stirbt auch z. B. der Paralytiker an seiner Hirnkrankheit; die septischen Infektionen, denen solche Kranke schließlich zu erliegen scheinen, sind nur eine Folge des stark verminderten oder völlig aufgehobenen trophischen Einflusses vom Zentralnervensystem. Paralytiker können tatsächlich bei lebendigem Leibe verfaulen — ein Zustand, wie er bei geistesgesunden Kranken mit septischen Infektionen niemals eintritt.

Auch in jenen seltenen Fällen, in denen Kranke mit einfachen Psychosen sterben, läßt sich oft genug kein äußeres Moment (Erschöpfung, Nahrungsmangel, Infektion) finden, welches den Tod solcher Kranker restlos erklärt. Auch bei diesen Kranken ist es die Hirnkrankheit, welche die vegetativen Funktionen des Körpers auf das schwerste schädigen kann, so daß der Tod eintreten muß.

Anomalien der sekretorischen Körperfunktionen sind bei Geisteskranken häufig. Abnorme Schweißsekretion findet sich am ganzen Körper, wie im Gesicht, und zwar hier oft nur an einzelnen Stellen (Nase, Lippen, halbseitig) bei verschiedenen Krankheiten, namentlich der Paralyse. Anfallartiges Schwitzen der Paralytiker. — Fettschwitzen im Gesicht, auch bei der einfachen Verblödung.

Abnorme Schweißsekretion als Begleiterscheinung von Angst, Erregung, Tobsucht.

Die Menstruation zessiert häufig während der Psychose. Bei den anfallartigen Störungen (Epilepsie, zirkuläres Irresein) erweist sich die Menstruation gewöhnlich ganz ohne jeden Einfluß auf den Eintritt der Anfälle. Bei manchen Paranoischen (und „Hysterischen") beobachtet man gegen den vermuteten Eintritt der Menses eine Zunahme der psychischen Erscheinungen; doch spielen hier Wahngedanken und Autosuggestionen eine Rolle. Ein eigentliches menstruelles Irresein gibt es nicht.

II. Die Einteilung der Geistesstörungen.

1. Infektionen und Intoxikationen.
- a) Alkoholismus, Morphinismus etc.
- b) Urämie, Myxödem.
- c) Fieber- und Infektionsdelirien.

2. Hirnkrankheiten, in deren Gefolge Geisteskrankheiten auftreten können.
- a) Die vom Gefäßsystem ausgehenden Hirnkrankheiten.
- b) Hirngeschwulst und Hirnabsceß.
- c) Die traumatische Hirnverletzung.
- d) Die übrigen Hirnkrankheiten.

3. Die progressive Paralyse.

4. Die Dementia senilis.

5. Der angeborene Schwach- und Blödsinn.
- a) Mikrocephalie.
- b) Hydrocephalie.
- c) Porencephalie.
- d) Cretinismus.
- e) Idiotie.

6. Die Epilepsie.

7. Die einfachen Geistesstörungen.
- a) Die **akuten** Formen, und ihre periodischen Kombinationen.
  - Manie,
  - Melancholie.
  - Zirkuläres Irresein.
  - Amentia — Stupor.
- b) Die **chronischen** Formen.
  - Dementia.
  - Paranoia.

8. Die sogenannten Neurosen.
- a) Die Hypochondrie.
- b) Die sogenannten traumatischen Neurosen.
- c) Die Hysterie.
- d) Die Neurasthenie.
- e) Die Zwangsgedanken.

III. Ueber die Aetiologie der Geistesstörungen.

Nach ihrer Entstehung kann man die Geistesstörungen einteilen in exogene und endogene.

Exogene Geistesstörungen sind solche, bei welchen keine angeborene Anlage zur Psychose vorliegt, sondern bei welchen die Veranlassung zur Geistesstörung gewissermaßen von außen, durch ein äußeres Ereignis, durch ein von außen kommendes Gift an das Gehirn herantritt und auf dasselbe einwirkt.

Exogene Geisteskrankheiten sind solche, welche jeden, auch den geistesgesundesten Menschen aus der normalsten Familie befallen können. Zu den exogenen Geistesstörungen gehören somit auch diejenigen, welche durch Gifte veranlaßt sind, die im Körper selbst sich bilden (Nierenkrankheit, Schilddrüsenmangel), sowie diejenigen, welche durch umschriebene Hirnkrankheiten entstehen. Denn an einer Urämie, an einem Hirntumor kann jeder erkranken, welcher seiner Geistesanlage nach sonst dauernd geistesgesund geblieben wäre.

Ursachen für exogene Psychosen können demnach sein:

1) alle **Gifte,** gleichgültig, ob sie von außen in den Körper eingeführt werden (Alkohol, Kohlenoxyd u. s. w.), oder im Körper selbst entstehen; alle Infektionen (Typhus, Erysipel, Sepsis u. s. w.).

Am häufigsten kommt in psychiatrische Behandlung die akute Psychose des chronischen Alkoholismus, das **Delirium tremens,** welches als klassisches Beispiel für eine exogene Psychose betrachtet werden kann. Seltener sind länger dauernde Geistesstörungen auf urämischer Basis.

Die ebenfalls häufigen Fieber- und Infektionsdelirien, sowie die meist terminalen Benommenheits- und Verwirrtheitszustände bei schweren inneren Krankheiten (Herz, Lunge u. s. w.) kommen gewöhnlich nicht in die Behandlung des Psychiaters.

Abgesehen von diesen uncharakteristischen Benommenheits- und Verwirrtheitszuständen, welche nur in den schweren Stadien (z. B. Kompensationsstörungen, Hydrops etc.) und vor Eintritt der Agone bei den inneren Krankheiten eintreten, führen Herz-, Lungen-, Darm-, Blut-, Stoffwechselkrankheiten, Carcinomatose, Erschöpfung nicht zu Geistesstörungen. Der Einfluß derartiger Krankheiten auf die Entstehung allfälliger Geistesstörungen wird auch von Aerzten ungeheuer überschätzt. Man kann es aber täglich erleben, daß z. B. chronische Eiterungen aller Art, chronische Eiweißfäulnis im Magendarm (Pylorusstenose und ähnliches), chronische Lungentuberkulose, Gicht, Diabetes (abgesehen vom Coma diabeticum, vergl. auch S. 32) u. s. w. gerade die Psyche völlig unbeeinflußt lassen. Finden sich bei innerlich Kranken auch einmal echte, charakteristische Geistesstörungen, so ist in erster Linie an ein zufälliges Koinzidieren der inneren und der psychischen Krankheit zu denken, welche kausal garnichts miteinander zu tun haben. So sind Tuberkulose und Carcinom häufige Krankheiten, ebenso z. B. die Melancholie, bezw. die Depression des zirkulären Irreseins, oder die Hypochondrie. Wie oft mag es da vorkommen, daß bei dem gleichen Individuum diese verschiedenartigen Krankheiten sich rein zufällig zeitlich einstellen, ohne doch im geringsten etwas miteinander ätiologisch zu tun zu haben. Ebenso wie der Zufall im gewöhnlichen Leben seine alles beherrschende Rolle spielt, ebenso wird er auch die „Wissenschaft“ nicht verschonen, im Gegenteil durch

sein Wirken, namentlich bezüglich der kausalen Verhältnisse, das Denken irrezuführen geeignet sein.

Eine besondere Stelle nimmt die Syphilis in der Aetiologie der Geistesstörungen ein. Als organische Hirnkrankheit (Lues cerebrospinalis) vermag sie zu geistigen Störungen zu führen. Namentlich aber soll die überstandene Syphilis zur progressiven Paralyse, der praktisch wichtigsten Geisteskrankheit, disponieren. Man hat sogar die Paralyse eine „metasyphilitische" Krankheit genannt. Wenn die Anschauung, daß die Paralyse ohne vorangegangene Lues nicht auftreten kann, richtig ist, dann wäre die Paralyse eine rein exogene Krankheit. Indes ist dies zur Zeit zum mindesten noch unbewiesen. Aus der Tatsache, daß jemand paralytisch ist, läßt sich noch nicht ohne weiteres folgern, daß er syphilitisch gewesen sein muß. Es gibt zweifellos auch Paralysen ohne vorangegangene Lues. Damit tritt aber die Paralyse aus dem Rahmen der rein exogenen Geisteskrankheiten heraus.

2) Eine Anzahl **Hirnkrankheiten** mit ihren Folgezuständen, z. B. die Hirngeschwulst, Blutung und Erweichung, Encephalitis, Absceß, Verletzung, Hirnerschütterung, Krankheiten der Hirnhäute u. s. w.

Nicht als Ursache für Geistesstörungen oder Neurosen dürfen angesehen werden: Erkrankungen der Generationsorgane („Frauenleiden"), geschlechtliche Ausschweifung, Enthaltsamkeit, Manustrupation; ebensowenig auch Gravidität und Wochenbett. Gewiß imponiert es, wenn eine Frau in der Gravidität oder im Puerperium vorübergehend oder unheilbar psychisch erkrankt; aber man soll bei solchem Zusammentreffen immer in erster Linie an ein zufälliges Zusammentreffen denken. Denn es ist von vornherein selbstverständlich, daß in dem gleichen Lebensalter (3. Jahrzehnt), in welchem die Frauen

a) die meisten Kinder gebären,

b) in hervorragendem Maße an bestimmten Psychosen erkranken können, auch rein zufällig Frauen in der Schwangerschaft oder im Wochenbett geisteskrank werden müssen. Diesen wenigen Frauen, welche während Gravidität und Puerperium an nicht-infektiösen oder nicht-toxischen Psychosen erkranken, steht die große Mehrzahl derjenigen Frauen gegenüber, welche

1) Puerperien durchmachen und geistesgesund bleiben,

2) geisteskrank werden, ohne Puerperien durchgemacht zu haben,

3) psychisch erkranken nicht während Gravidität und Wochenbett, sondern in den Zwischenzeiten.

Wenn man also bei den Erörterungen über allfällige Beziehungen zwischen Puerperium und Geisteskrankheit auch an das Negative denkt, so ergibt sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, daß Gravidität und Puerperium nicht als Ursache für nicht-infektiöse und nicht-toxische Geistesstörungen angesehen werden dürfen. Ebensowenig gibt es eine spezifische Graviditäts- und Puerperalpsychose.

Dem Publikum, welches stets Angabe äußerer Gründe verlangt, wird man nicht umhin können, als solche, je nachdem, auch zu nennen: Gravidität, Puerperium, Climax. Aber wenigstens der Arzt soll sich hierbei klar sein, daß ein ätiologischer Zusammenhang zwischen diesen und der Psychose zum mindesten ganz unbewiesen ist. — Wenn z. B. wirklich im 5. und 6. Lebensjahrzehnt die Melancholie häufiger ist als in den übrigen Lebensabschnitten, so hat man dies ebenso als eine im Wesen dieser Geisteskrankheit liegende, unerklärbare Tatsache hinzunehmen, wie z. B. das Auftreten des einfachen Schwachsinns im Jugendalter. Daß hier wie dort die Geschlechtsdrüsen bei der Entstehung der Psychose eine Rolle spielen sollen, dafür fehlt jeder Beweis.

Nicht als Ursache für Geistesstörungen dürfen weiterhin angesehen werden psychische Einwirkungen, wie Gemütsbewegungen, Angst, Schreck, Sorge, Ueberarbeitung bei vorher notorisch geistesgesunden Personen. Wie oft kommt es doch vor, daß jemand psychisch gesund bleibt, während er dauernd in Not und Sorge war — daß er aber erkrankte, nachdem er sich lange Zeit in Wohlstand und Zufriedenheit befunden hatte. Die große Mehrzahl der Geistesstörungen entsteht gänzlich unabhängig von äußeren Ereignissen.

Endogene Geistesstörungen sind solche, bei welchen irgend eine äußere Ursache nicht vorliegt. Es ist ungemein wichtig, daß der Arzt sich die fundamentale Tatsache immer wieder vor Augen hält, daß die Mehrzahl der Geisteskrankheiten **Krankheiten ohne jede äußere Ursache** sind. Allerdings widerspricht diese Tatsache völlig der landläufigen Ansicht, wonach jede Krankheit eine äußere Ursache haben müsse. Und erfahrungsgemäß steht nicht bloß der medizinische Laie, sondern auch die Mehrzahl der Aerzte diesem Gedanken ganz verständnislos gegenüber, daß Krankheiten ganz ohne äußere Ursache auftreten können. Nicht bloß das Laienpublikum, sondern auch viele Aerzte scheinen es für ihre vornehmste Aufgabe zu betrachten, überall da, wo es sich um Auftreten einer endogenen Geistesstörung handelt, sofort nach äußeren Ursachen zu suchen und sich in Mutmaßungen zu ergehen, was wohl der Grund zur Psychose sein könnte. Wer sucht — der findet; das gilt auch in der Psychiatrie. Aber er findet gewöhnlich nicht das Richtige. Wer von dem Gedanken ausgeht, daß endogene Störungen äußere Ursachen haben müssen, der wird in der Anamnese endogen Geistesgestörter bei einiger Mühe wohl auch stets etwas finden: irgend ein Trauma, Ueberanstrengung, Sorge, Gemütserregungen, fieberhafte und sonstige Erkrankungen, Bleichsucht, Schwächlichkeit, Sexualleiden — doch erweisen sich bei näherer Betrachtung alle solche „Ursachen" als hinfällig.

Solange man nichts Besseres dafür an die Stelle zu setzen weiß, ist es das Zweckmäßigste, sich vorzustellen, daß der später endogen geisteskranke Mensch mit der Anlage zur Geistesstörung auf die Welt kommt. Die Anlage zur Geistesstörung ist ihm **angeboren,** auch wenn letztere erst im späteren Leben ausbricht.

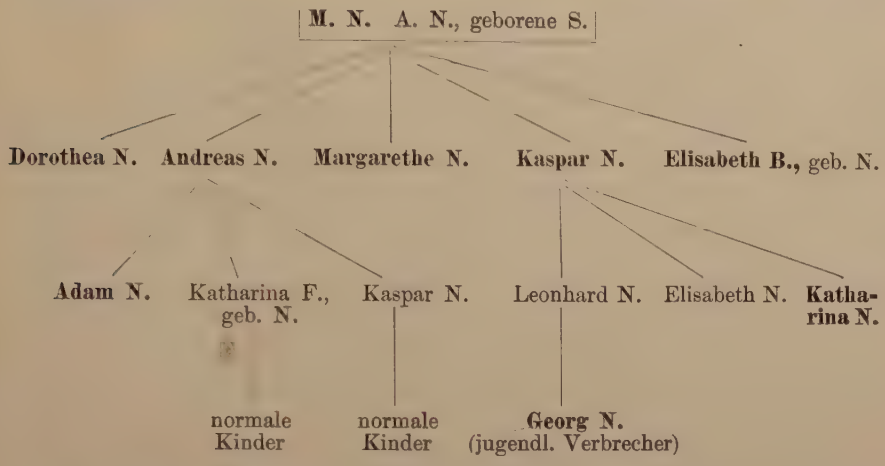
„Leib und Seele sind schon vor der Geburt prädestiniert und determiniert." Ebenso wie es im voraus in der Anlage jedes Menschen bestimmt ist, ob er fett oder mager wird? groß oder klein? stark oder schwach? alt oder nicht alt?[1]), — ebenso ist es im voraus bestimmt, ob er dumm oder gescheit sein wird? edel oder gemein? geistesgesund oder geisteskrank? Ebenso wie die Krankheiten: Fettsucht, Diabetes, Gicht, frühzeitige Atheromatose u. s. w., auch wenn sie erst im späteren Leben in die Erscheinung treten, doch schon von Anbeginn in der Anlage des betreffenden Menschen vorhanden sind, ebenso ist es auch mit den endogenen Geisteskrankheiten. Diese sind von äußeren Ursachen und Einflüssen gänzlich unabhängig. —

Die endogenen Geisteskrankheiten können gehäuft in einzelnen Familien oder Blutsverwandtschaften vorkommen. Man spricht von hereditärer Belastung, wenn in der direkten Aszendenz eines Geisteskranken oder in den Seitenlinien (Geschwister der Eltern, deren Kinder) endogene Geisteskrankheiten bereits aufgetreten sind. Die Geisteskrankheiten können aus einer Familie ebenso wieder verschwinden, wie sie gekommen sind, und zwar gewöhnlich, ohne daß die Zahl der Familienglieder abnimmt oder die Familie gar ausstirbt.

---

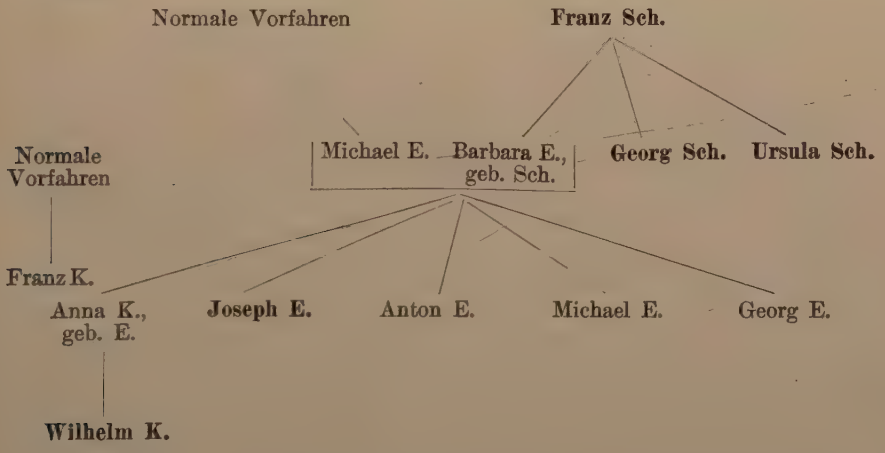
1) Alt oder nicht alt? natürlich nur insoweit, als er nicht vor seiner bestimmten Zeit getötet wird durch etwas, was ebenso aufzufassen ist, wie die Zerstörung oder äußerliche Arretierung eines Uhrwerkes, ehe es abgelaufen ist. (Rieger, Kastration, Jena. Fischer. 1900, S. XX.)

Beispiele eines gehäuften Auftretens von Geistesstörungen in einer Familie sind[1]):



Die Kinder des später geisteskranken M. N. sind also sämtlich auch geisteskrank geworden. Von diesen Geschwistern ist, soweit verheiratet, nur eins kinderlos geblieben; die anderen beiden (Andreas und Kaspar) haben, außer je einem abnormen Kind, auch gesund gebliebene Kinder, welche wieder gesunde Kinder haben.

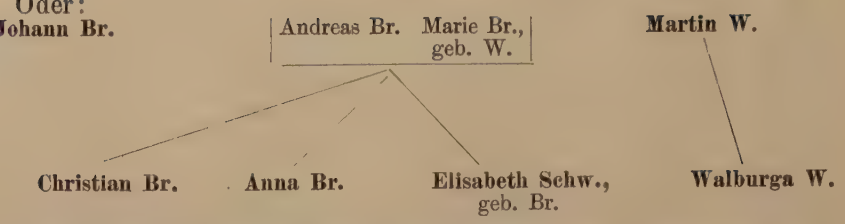
Oder:



Die durch geisteskranken Vater und Geschwister sehr „hereditär belastete“ Barbara E. hat nur ein geisteskrankes Kind und einen geisteskranken Enkel. Dieser Stammbaum ist ein Beispiel für das sprungweise Auftreten von Geistesstörungen in einer Abstammung.

---

1) Nach einem hektographierten Schema, welches in den Vorlesungen in der Würzburger psychiatrischen Klinik verteilt wurde. — Die Namen der geisteskranken Familienmitglieder sind fettgedruckt.



Hier haben die selbst gesund gebliebenen, aber „belasteten" Andreas und Marie B. nur geisteskranke Kinder.

Es ergibt sich schon aus diesen mitgeteilten Stammbäumen, daß ein Gesetz, wonach einzelne Familienmitglieder erkranken müßten, nicht erkennbar ist. Bei vielen endogen Geisteskranken fehlt auch eine nachweisbare hereditäre Belastung. Ebenso wie jedes geistesgesunde Ehepaar aus gesunder Familie ein idiotisches oder epileptisches Kind bekommen kann, ebenso kann es auch Kinder bekommen, welche im späteren Leben endogen geisteskrank werden.

Die endogenen Geistesstörungen sind unabhängig von sozialer Stellung und Beruf.

In sämtlichen **Irrenanstalten** des Deutschen Reiches waren am Tage der Berufszählung des Jahres 1895 **Kranke:**

männliche	weibliche
41087	40666

In sämtlichen **Strafanstalten** des Deutschen Reiches waren an dem gleichen Tage **Gefangene:**

männliche	weibliche
51826	9430

Während also für Strafanstalten ein sehr großer Unterschied besteht zwischen männlich und weiblich, so ist dieser Unterschied für die Irrenanstalten nicht vorhanden.

Die endogene psychische Störung hängt gänzlich ab von inneren Gründen. Die großen sozialen Unterschiede zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht sind deshalb auch ohne Einfluß auf die psychischen Störungen.

Die Kriminalität dagegen hängt ganz ab von sozialen Umständen. Und deshalb gibt es sechsmal mehr männliche Kriminalität als weibliche.

Die endogenen Geistesstörungen sind außerordentlich viel häufiger als die exogenen. Das Aufzählen aller exogenen Schädlichkeiten, welche unter Umständen einmal geistige Störungen hervorrufen könnten, würde ein Vielfaches von jener Seitenzahl beanspruchen, welche zu den ätiologischen Erörterungen über die endogenen Geistesstörungen nötig wäre. Hierdurch würde aber bei dem Leser die falsche Vorstellung erweckt, als ob die exogenen Störungen, entsprechend der Mannigfaltigkeit der sie verursachenden Schädlichkeiten, auch häufiger wären als die endogenen Störungen. Dem ist aber nicht so. Das Gros der eigentlichen „Geisteskranken", z. B. der Insassen der Landesirrenanstalten, sind endogen Geisteskranke.

Verteilung der Kranken der psychiatrischen Klinik in Würzburg auf die einzelnen Krankheitsgruppen, berechnet aus den Aufnahmen von 10 Jahren (über 2000 Fälle):

	Männer	Frauen
1) Einfache Geistesstörung	52 Proz.	70 Proz.
2) Paralytische Geistesstörung	17 „	11 „
3) Epileptische Geistesstörung	18 „	15 „
4) Idiotie	6 „	4 „
5) Alkoholismus u. s. w.	7 „	0,2 „
	100 Proz.	100 Proz.

Hierbei sind die wenigen exogenen, nicht alkoholistischen Störungen (Urämie, Infektionskrankheiten etc.) noch dem Alkoholismus zugerechnet. Die Zusammenstellung zeigt also das starke Ueberwiegen der endogenen Störungen.

Ueber die Häufigkeit der Geistesstörungen in Beziehung zur Bevölkerung geben folgende Zahlen Aufschluß:

Man kann im Durchschnitt annehmen, daß auf **tausend** Köpfe **vier** kommen, welche als Objekt der Psychiatrie betrachtet werden können.

In den zivilisiertesten Ländern sind von diesen vieren die Hälfte, also zwei, in Anstalten untergebracht; auf **eine Million** Menschen folglich **zweitausend**.

Diese Zahl ist aber nur da erreicht, wo die Städte überwiegen. In ländlichen Gegenden genügen **tausend bis fünfzehnhundert** Anstaltsplätze für eine **Million** Menschen.

Von den 4 pro Mille fällt **ein** pro Mille auf die angeborene Idiotie. Man kann also sagen:

Auf ca. 1000 Geburten kommt die Geburt eines Idioten, sowie auf ca. 90 Geburten eine von Zwillingen, auf ca. 8000 eine von Drillingen kommt. Von Ursachen, die man angeben könnte, ist die Geburt eines Idioten ebenso unabhängig wie die von Zwillingen u. dergl. Es kann nicht als bewiesen gelten, daß ohne Trunksucht und Lues der Eltern die Zahl der Idioten abnehmen würde, so sehr es auch zu wünschen ist, daß die Meinung von der exogenen Aetiologie der Idiotie im Publikum verbreitet würde.

Körperliche Erkrankungen der Brust- und Bauchhöhle finden sich bei endogen Geisteskranken etwa in dem gleichen Verhältnis wie bei Gesunden, vielleicht mit der Einschränkung, daß manche Insassen von Irrenanstalten (stuporöse, apathisch-verblödete) leichter an Tuberkulose erkranken als Geistesgesunde.

Bezüglich der „Degenerationszeichen“ vergl. S. 34. Es ist noch nicht bewiesen, daß endogen Geisteskranke mehr Degenerationszeichen aufweisen als Nichtgeisteskranke. Die Schädel endogen Geisteskranker (die Mikrocephalie ausgenommen) lassen sich jedenfalls von denen Nichtgeisteskranker nicht so ohne weiteres unterscheiden.

Als endogene Geistesstörungen sind bis auf weiteres zu bezeichnen

Idiotie und Epilepsie,
Dementia und Paranoia,
Manie und Melancholie, sowie ihre periodischen und zirkulären Formen,
Amentia, Stupor.
Progressive Paralyse??

IV. Lebensalter und Geisteskrankheit.

Wenn ein Geisteskranker zum ersten Male zur psychiatrischen Untersuchung gebracht wird, so ist es das Lebensalter, welches zunächst das Interesse erregt und, neben dem sonstigen Eindrucke, dem Gedankengang bei der Diagnosenstellung eine bestimmte Richtung gibt.

Es gibt Geistesstörungen, welche in jedem Lebensalter vorkommen, bezw. sich zeigen können, und solche, deren Beginn mehr oder weniger an ein bestimmtes Lebensalter gebunden ist.

Die endogenen Geistesstörungen lassen sich, nach ihrer Dauer, einteilen 1) in solche mit einzelnen Anfällen, welche nur **Episoden** im Leben des Betreffenden, der in den Zwischenzeiten geistig gesund sein kann, darstellen.

Dies sind die Manie, Melancholie und ihre periodischen bezw. zirkulären Formen; ferner die Epilepsie;

2) und solche, welche **lebenslänglich** dauern, sofern sie sich bei dem Kranken einmal gezeigt haben. Hierher gehören erstens die Paranoia und alle jene abnormen Zustände, die man als „Entartungsirresein", „Psychopathie" u. s. w. bezeichnet; ferner bis zu einem gewissen Grade die Hypochondrie und das Zwangsirresein, —

und zweitens die Geistesstörungen mit Schwachsinn, sei es, daß dieser angeboren ist (Idiotie), oder erst später, im Verlauf der Geistesstörung, auftritt (Dementia simplex, paralytica, senilis, auch Epilepsie).

Diese Einteilung der Geistesstörungen spielt eine große Rolle in den prognostischen Erwägungen.

In **jedem** Lebensalter können auftreten:

a) die meisten exogenen Psychosen, speziell die Fieber- und Infektionsdelirien, die Geistesstörung bei Hirnerschütterung und beim Hirntumor. Das Lebensalter spielt hierbei insofern eine Rolle, als speziell im Kindesalter Infektionen und Gifte, welche das Gehirn eines Erwachsenen noch völlig unbeeinflußt lassen, schon Delirien und Krämpfe hervorrufen können.

Daß die häufigste exogene Psychose, das Delirium tremens alcoholicum, vorwiegend im mittleren Lebensalter vorkommt, und viel mehr bei Männern als Frauen, ist aus äußeren, sozialen Gründen selbstverständlich.

b) die einzelnen Anfälle der episodischen, anfallsartig verlaufenden endogenen Geisteskrankheiten, nämlich die Manie, Melancholie und ihre periodischen, bezw. zirkulären Kombinationen; ferner die einzelnen akuten psychischen Störungen bei der Epilepsie.

Der erste Anfall zeigt sich bei diesen Krankheiten oft schon in der Jugend, und zwar bei Manie bezw. dem zirkulären Irresein gewöhnlich im 2. und 3. Lebensjahrzehnt, bei der Epilepsie häufig schon im 1. Lebensjahrzehnt;

c) die Paranoia und die Hypochondrie, wenn auch diese Krankheiten sich gewöhnlich im 3. bis 5. Lebensjahrzehnt zum ersten Male zeigen.

Im Gegensatz zu diesen Geistesstörungen pflegt das Auftreten der mit Schwachsinn einhergehenden Psychosen an ein **bestimmtes Lebensalter** gebunden zu sein.

Selbstverständlich ist dies zunächst der Fall beim angeborenen Schwachsinn, der **Idiotie.** Wird also ein Kind im 1. Lebensjahrzehnt zur Untersuchung auf seinen Geisteszustand gebracht, so wird man, außer der Epilepsie und einigen exogenen Hirnkrankheiten (Hirntumor!), stets zuerst an Idiotie zu denken haben.

Idioten können nun selbstverständlich auch im späteren Lebensalter zum ersten Male zur psychiatrischen Untersuchung gebracht werden, sei es, daß sie kriminell geworden sind,

oder vorübergehend erregt,

oder daß sie der staatlichen Versorgung anheimfallen, nachdem die Angehörigen gestorben sind, die sie gepflegt haben.

Die Idiotie ist eine sehr häufige Krankheit. Man wird also bei jedem Geisteskranken, auch im späteren Lebensalter, sich die diagnostische Frage zu stellen haben und zu beantworten versuchen:

Ist dieser Geisteskranke angeboren schwachsinnig?

Das 2. und 3. Lebensjahrzehnt bildet in der Psychiatrie einen außerordentlich wichtigen Lebensabschnitt deshalb, weil in diesem Lebensalter eine große Anzahl früher intelligenter Menschen in den

dauernden Schwachsinn verfällt. Man kann die in Verblödung ausgehenden Psychosen des Jugendalters kurz als **Dementia** — im Gegensatz zum angeborenen Schwachsinn, der Idiotie — bezeichnen, und zwar als Dementia **simplex** (praecox), im Gegensatz zu Dementia paralytica. Die Tatsache, daß in diesem Lebensalter in hervorragender Weise Geistesstörungen mit Ausgang in dauernden Schwachsinn sich häufen, besteht, auch wenn jede Erklärung hierfür fehlt. Man darf sich natürlich nicht vorstellen, als ob das Jugendalter als solches zur Geistesstörung „disponiere". Man wird auch nicht gut die Pubertät als solche und die Vorgänge der sekundären Sexualentwickelung mit der Dementia simplex in Zusammenhang bringen. Denn die Pubertät pflegt mit dem 16. Lebensjahre beendet zu sein; der Eintritt in den dauernden Schwachsinn kann dagegen erst 10 bis 15, auch 20 Jahre später vor sich gehen. Man muß lediglich das Auftreten der Dementia simplex im 2. und 3. Lebensjahrzehnt als zweifellose, aber unerklärbare Tatsache hinnehmen.

Auch die Dementia simplex ist eine sehr häufige Krankheit. Bisweilen werden die Kranken erst zum Arzt gebracht, nachdem der Eintritt in den dauernden Schwachsinn sich bereits vollzogen hat. Die zweite wichtige allgemeine diagnostische Frage lautet demnach:

Ist der nicht idiotische Geisteskranke später in dauernden Schwachsinn verfallen, bezw. steht er im Begriffe, schwachsinnig zu werden?

Im 4. und 5. Lebensjahrzehnt tritt bei Neuerkrankungen die **Dementia paralytica** so sehr an die erste Stelle, daß man bei jedem Kranken in diesem Lebensalter, gleichgültig, ob er geistesgestört ist, oder nur „nervös", sich die Frage vorlegen muß:

Ist der Kranke paralytisch?

Das 6. und 7. Lebensjahrzehnt bringt hauptsächlich Gehirnerkrankungen, welche durch Veränderungen im Gefäßsystem (Atheromatose) veranlaßt werden: Blutungen, Erweichungen u. s. w. Ferner scheinen in diesem Lebensalter einmal die Melancholie, dann hypochondrisch-paranoische Zustände häufiger vorzukommen als in den früheren Lebensjahrzehnten.

Ferner treten gerade in diesem Lebensalter nicht allzuselten psychische Erkrankungen auf, die man nicht in die zur Zeit gebräuchlichen Krankheitsbezeichnungen unterbringen kann und die man, sicher mit Unrecht, als „Irresein bei Arteriosklerose", als „Dementia praesenilis" etc. zu benennen pflegt.

Die spezifische Geistesstörung des Greisenalters ist die **Dementia senilis**, ein mehr oder weniger hochgradiger Schwachsinn besonderer Art.

Selbstverständlich sind diese Beziehungen zwischen Lebensalter und Geistesstörung nicht derartig gesetzmäßige, daß nicht irgendwelche Ausnahmen vorkommen könnten. So gibt es eine jugendliche Paralyse. Der einfache Schwachsinn kann sich erst nach dem 3. Lebensjahrzehnt einstellen; die Katatonie, welche vielfach zur Dementia simplex gerechnet wird, kann erst nach dem 60. Lebensjahre auftreten. Auch die Dementia senilis bindet sich nicht gerade stets an die Lebenszeit nach dem 70. Jahre. Aber im allgemeinen ist der Zusammenhang zwischen Lebensalter und bestimmten Geistesstörungen so deutlich, daß sich hieraus wichtige diagnostische Anhaltspunkte ergeben.

Zusammenfassung:

A. Geisteskrankheiten, welche in jedem Lebensalter vorkommen können:

a) die meisten exogenen Psychosen,
b) die episodisch auftretenden endogenen Psychosen, nämlich
1) Manie, Melancholie und ihre periodischen und zirkulären Wiederholungen,
2) die akuten Geistesstörungen der Epileptiker,
c) die Paranoia.

B. Geisteskrankheiten, deren Beginn ein bestimmtes Lebensalter bevorzugt; bezw. an dasselbe gebunden ist:

a) Idiotie,
b) Dementia simplex,
c) Dementia paralytica,
d) Dementia senilis.

Es kommen demnach in den einzelnen Lebensaltern hauptsächlich folgende Krankheiten zur Beobachtung:

1. Jahrzehnt: **Idiotie**, Epilepsie,
Hirntumor, Meningitis, Infektionsdelirien.
2. und 3. Lebensjahrzehnt: **Dementia simplex** (praecox),
hierzu die Gruppen von A, namentlich
Epilepsie,
Manie und das zirkuläre Irresein,
Paranoia,
Entartungsirresein.
4. und 5. Lebensjahrzehnt: **Dementia paralytica**,
hierzu die Gruppen von A, namentlich
Alkoholismus,
Paranoia, auch
Katatonie.
6. und 7. Lebensjahrzehnt:
Hämorrhagie, Erweichung,
hierzu die Gruppen von A, besonders
Melancholie,
Paranoia (Hypochondrie), auch
Katatonie.
Greisenalter: **Dementia senilis**,
Hämorrhagie, Erweichung,
Gruppen von A.

Die progressive Paralyse nimmt insofern eine besondere Stellung ein, als sie eine tödliche Hirnkrankheit ist. Der angeborene (Idiotie) und erworbene Schwachsinn (Dementia simplex) und die Paranoia gefährden dagegen das Leben nicht. Ein Geisteskranker im 4. und 5. Lebensjahrzehnt kann demnach außer an den unter diesem Lebensalter genannten Geisteskrankheiten auch an Idiotie oder Dementia simplex leiden. Die Schwierigkeiten in der Diagnosenstellung wachsen hierdurch außerordentlich. Man tut deshalb gut, bei jedem zu untersuchenden Geisteskranken sich die folgenden diagnostischen Hauptfragen vorzulegen.

Die Fragen, welche sich der Arzt bei allen Geisteskrankheiten, z. B. im mittleren Lebensalter, vorlegen muß, sowohl beim Erheben der Anamnese, wie bei der Erörterung der Diagnose, sind demnach, zusammengefaßt:

1) Ist der Kranke angeboren schwachsinnig?

2) Ist er erst später in den einfachen Schwachsinn verfallen?

3) Ist er paralytisch?

4) Ist er lebenslänglich paranoisch (auch hypochondrisch), oder sonst irgendwie dauernd abnorm?

5) Leidet er an einer episodischen, oder periodischen Geistesstörung? oder

6) Ist er epileptisch?

Aus der Tatsache, daß man gezwungen ist, bei jedem Geisteskranken sich die obigen Fragen vorzulegen, ergibt sich gleichzeitig, in wie viel höherem Maße der Arzt in der Psychiatrie **das ganze Leben des Kranken** überschauen muß, als bei den Kranken der übrigen Teilwissenschaften der Medizin. Auch hierin offenbart sich die Sonderstellung der Psychiatrie. Während bei den innerlich, oder chirurgisch Kranken die Mehrzahl der Krankheiten reine Episoden im Leben darstellt, kann man in der Psychiatrie, streng genommen, nur die meisten exogenen Geistesstörungen (also die große Minderzahl) rein episodische nennen; denn die endogenen episodischen Psychosen sind vielfach die Folge einer dauernden abnormen Veranlagung. —

Eng verbunden mit diesen Erörterungen über Lebensalter und Geisteskrankheit sind die im folgenden Kapitel zu besprechenden prognostischen Erwägungen.

V. Die prognostischen Erwägungen.

Die Prognose einer Geistesstörung ergibt sich aus der Diagnose. Wo eine exakte Diagnose gestellt werden kann, da ist auch die Prognose klar. Nicht mit Unrecht aber wird in der psychiatrischen Praxis gerade auf die Prognosenstellung ein Wert gelegt, der größer ist als derjenige der Diagnosenstellung. Denn einmal wollen die Angehörigen eines Kranken gar nicht wissen, was dem Kranken fehlt, sondern ob er wieder gesund wird. Zweitens läßt sich manchmal überhaupt eine Prognose eher stellen als eine Diagnose. Und drittens endlich kann man aus der Diagnosenstellung nicht immer das subjektive Element ausschalten: der eine nennt eine Krankheit: Paranoia, oder Schwachsinn, wofür der andere die Bezeichnung: Hysterie vorschlagen würde. Der eine spricht von Hypochondrie und Zwangsgedanken, der andere von Neurasthenie. Der eine rechnet einen Fall noch zur Paranoia, der andere zum Schwachsinn. Zudem unterliegen die Krankheitsbezeichnungen dem Wechsel; sie ändern sich im Laufe der Zeiten je nach der Anschauung und Mode. Die prognostischen Erwägungen aber werden stets die gleichen bleiben.

Deshalb soll jeder Arzt, welcher mit Geisteskrankheiten zu tun hat, namentlich bezüglich der Prognose wissen, worauf es ankommt.

Die Prognose vieler exogener Geistesstörungen richtet sich nach dem Grundleiden, nach der Schwere der Infektion und Intoxikation bei Fieber- und Infektionsdelirien, nach dem Zustand von Herz, Lunge und Niere beim Delirium tremens alcoholicum, nach der Reaktion des Gehirnes auf den Hirntumor und nach der Möglichkeit einer Operation desselben u. s. w. — Im folgenden soll von diesen exogenen Geistesstörungen nicht mehr gesprochen werden.

Man unterscheidet die Prognose quoad vitam, d. h.: Wird der Kranke an der Geisteskrankheit sterben? oder nicht?

und die Prognose quoad valetudinem: Wird der Kranke gesund? oder wird er lebenslänglich geisteskrank?

Nach klinischen Gesichtspunkten lassen sich die Geistesstörungen einteilen in die **einfachen** (oder funktionellen) und in die **organischen** Geistesstörungen, und zwar bezeichnet man als „organische" Geisteskrankheiten solche, in deren Verlauf neurologische Symptome auftreten können, welche auf eine lokalisierbare anatomische, gewöhnlich gröbere, Schädigung im Zentralnervensystem schließen lassen.

Nicht jede organische Hirnkrankheit ist tödlich; dies beweisen am besten die sogenannten Porencephalen, welche mit sehr großen Hirnzerstörungen ein hohes Alter erreichen können. Auch Kranke, welche im späteren Leben an umschriebenen Hämorrhagien erkrankten, können — dann aber meist ohne Geistesstörung — viele Jahre lang leben. Gesellt sich zu einer Herderkrankung (Hämorrhagie, Erweichung, Tumor) des höheren Alters ein diffuser zunehmender Schwachsinn, so pflegt auch der körperliche Verfall und Tod nicht auszubleiben.

Unter den organischen Geisteskrankheiten dominiert an Häufigkeit und Wichtigkeit die progressive Paralyse derart, daß man in der Psychiatrie die Frage nach der Prognose quoad vitam in praktischer Hinsicht einfach formulieren kann:

Ist der Kranke paralytisch? oder nicht?

Die Dementia paralytica ist, im Gegensatz zu den einfachen Geistesstörungen und zu den stationären organischen Gehirnkrankheiten, eine progressiv verlaufende, **unbedingt tödliche Hirnkrankheit.** Die Frage auf progressive Paralyse ist, wie schon aus dem vorigen Kapitel hervorging, zu stellen namentlich bei **mittlerem Lebensalter** des Kranken. Läßt sich die Frage sicher bejahren, so ist damit die Prognose quoad vitam entschieden: der Kranke muß an seiner Hirnkrankheit sterben.

Ist der Kranke hingegen sicher nicht paralytisch, leidet er vielmehr an einer sogenannten einfachen Geistesstörung, so tritt auch die Frage nach der Prognose quoad vitam zurück, dagegen die Frage nach der Prognose quoad valetudinem in den Vordergrund der Erwägungen.

Zu den einfachen Geistesstörungen gehören Dementia simplex, Katatonie, Paranoia, Manie und Melancholie und ihre periodischen und zirkulären Kombinationen.

Auch Idiotie und Epilepsie sind „einfache" Geistesstörungen, wenn man sie auch für gewöhnlich nicht zu den einfachen Geistesstörungen sensu strictiori rechnet (s. die Einteilung auf S. 57).

Geisteskranke mit diesen einfachen Psychosen sterben gewöhnlich nicht an der zu Grunde liegenden Hirnveränderung. Die Prognose quoad vitam ist also gut. Während ein Kranker mit Dementia paralytica meist 2 bis 5 Jahre nach Offenkundigwerden der Krankheit sterben muß, kann ein Kranker mit Dementia simplex noch 50 Jahre in seinem Schwachsinn leben.

Immerhin ist bei einigen einfachen Geistesstörungen die Möglichkeit von Ereignissen ins Auge zu fassen, welche das Leben gefährden oder vernichten können. Das ist

1) der Selbstmord und
2) die Nahrungsverweigerung.

An diese Komplikationen wird man namentlich denken bei allen depressiven Störungen, besonders der Melancholie. Durch rechtzeitige Unterbringung in einer Anstalt lassen sich aber diese Gefahren beseitigen.

Bei der Epilepsie ist prognostisch stets daran zu denken, daß jeden Augenblick

3) der epileptische Tod

eintreten kann, über den später noch einiges gesagt werden wird. Ebenso wie ein Paralytischer, ein Kranker mit Hirnhämorrhagie, im Anfall sterben kann, so kann auch ein Epileptischer jederzeit in oder an einem Anfall sterben.

Aber auch dieses Vorkommnis ist nicht häufig. Auch Epileptische erreichen gewöhnlich ein höheres Lebensalter.

4) Der Tod bei Tobsucht

kann eintreten im Gefolge verschiedener Krankheiten (schwere Aufregungszustände bei Dementia, Katatonie, seltener Manie, Epilepsie), durch Erschöpfung, ungenügende Nahrung, akzidentelle Infektionen, bei komplizierenden inneren Krankheiten (Herzfehler) u. s. w. Durch die sorgsamste Krankenpflege ist die Anzahl der Todesfälle bei der Tobsucht sehr gering geworden.

Endlich können Kranke mit einfachen Geistesstörungen, und zwar anscheinend namentlich mit Dementia simplex und Katatonie, aus rein inneren Gründen sterben, lediglich an dem der Geisteskrankheit zu Grunde liegenden, krankhaften Hirnprozeß. Dieser

5) Tod ohne äußere Ursache

ist aber auch ein sehr seltenes Ereignis; er kommt schätzungsweise vielleicht einmal vor unter 500 Kranken mit einfachen Psychosen. Namentlich im Beginn der Dementia oder Katatonie können Geisteskranke auch einen körperlich schwerkranken Eindruck machen; sie haben auch verschiedentlich anfallsartige Störungen. Aber sie kommen meist mit dem Leben davon.

Alles in allem läßt sich demnach jedenfalls behaupten, daß in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle die einfachen Psychosen eine quoad vitam gute Prognose geben.

Die Prognose quoad valetudinem läßt sich, entsprechend dem auf S. 63 unten Gesagten, formulieren:

Ist die Geisteskrankheit **episodisch**?

Oder wird der Geisteskranke **dauernd** abnorm?

Die dauernde Abnormität ist ohne weiteres ersichtlich bei der Idiotie, der intellektuellen sowohl wie der moralischen, und bei jenen schon früh zu Tage tretenden abnormen Geisteszuständen, die man als „Entartungsirresein", „psychopathische Minderwertigkeiten" u. s. w. bezeichnet. Diese Krankheiten können bei der folgenden Erörterung außer Betracht bleiben.

Die Frage nach der Prognose quoad valetudinem ist von einschneidendster Bedeutung bei den psychischen Erkrankungen im Jugendalter, im **2. und 3. Lebensjahrzehnt.** Mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Dementia simplex heißt darum die hauptsächlichste prognostische Frage in diesem Lebensalter:

Wird der Kranke schwachsinnig?

Diese Frage zu beantworten ist nun manchmal ungemein schwer und oft erst nach langer Beobachtung möglich. Während die prognostische Frage: ob paralytisch? vielfach in wenigen Minuten entschieden werden kann, dank der neurologischen Symptome der Paralyse (Pupillen- und Patellarreflexanomalien), fehlen derartige eindeutige Symptome bei Beginn des einfachen Schwachsinns.

Im allgemeinen aber lassen sich folgende prognostische Sätze aufstellen:

1) Akuter Beginn der Krankheit, schnelle Entwickelung bis zur Krankheitshöhe, starker Affekt (manie- oder melancholieähnliches Krankheitsbild), oder rasches Versinken in tiefen Stupor (vergl. S. 21) geben im allgemeinen eine **gute** Prognose. Also gerade jene Kranken, welche dem Laien am meisten „geisteskrank" erscheinen, speziell die tobsüchtigen Kranken, geben am ehesten Aussicht auf Heilung.

2) Langsamer, schleichender Beginn, zunehmende Gefühlsstumpfheit (S. 15), Interesselosigkeit, ein Verlauf der Krankheit ohne Affekt, dabei ein Hervortreten bestimmter Manieren (z. B. Gri-

massieren, bestimmte immer wiederkehrende Haltungen, stereotype Aeußerungen) geben eine **schlechte** Prognose; sie enden mit stärkerer Verblödung. Diese Kranken machen auf den Laien anfangs manchmal gar nicht den Eindruck von Geisteskranken.

3) Massenhafte Sinnestäuschungen bei starker Verwirrtheit geben eine bessere Prognose als Sinnestäuschungen (namentlich solche in einem einzelnen Sinnesgebiet) bei völliger Orientiertheit und Besonnenheit.

4) Wahnideen (namentlich Versündigungs- und Verfolgungswahn, Größenwahn) sind nicht von übler Bedeutung, solange sie bei starkem Affekt vorkommen (Melancholie — Manie).

5) Ansteigen des Körpergewichtes (oft das erste Zeichen der Genesung bei Melancholie) ist ein günstiges Zeichen nur dann, wenn gleichzeitig oder kurz darauf auch eine Besserung des psychischen Verhaltens nachweisbar ist. Starke Zunahme des Körpergewichtes ohne entsprechende psychische Besserung ist ein Zeichen von dauernder Verblödung.

6) Die hereditäre Belastung ist nicht maßgebend für die Prognose. Kann ja doch, selbst bei schwerster hereditärer Belastung, ein Individuum dauernd geistesgesund bleiben!

Außer dem lebenslänglichen Schwachsinn, dessen Beginn, unter den verschiedensten klinischen Krankheitsbildern sich verbergend, in die Jugendjahre fällt, können auch die Paranoia und die Manie, bezw. das zirkuläre (manisch-depressive) Irresein und die Epilepsie sich im 2. und 3. Lebensjahrzehnt zum ersten Male zeigen. So wird man bei einem jugendlichen nicht idiotischen Kranken, z. B. mit heiterer Erregung, vor den diagnostischen und prognostischen Fragen stehen:

1) Wird er schwachsinnig?
2) Wird er paranoisch?
3) Ist er rein manisch?
4) Ist er epileptisch?

Auch die **Paranoia** ist, ebenso wie die Dementia simplex, eine **lebenslängliche** Geisteskrankheit; und doch ist ihre Prognose in vielen Fällen eine bei weitem bessere. Zwar muß ein Teil der Paranoiker dauernd interniert gehalten werden, wegen Gemeingefährlichkeit, wegen unsozialen Verhaltens, wegen dauernder Sinnestäuschungen und Verwirrtheit. Aber in vielen Fällen kann die Paranoia andererseits auf Jahre und Jahrzehnte hinaus latent sein oder sich nur als harmlose Hypochondrie äußern, so daß diese Kranken durchaus ihrem Berufe nachgehen können wie Geistesgesunde. Die Diagnose auf lebenslängliche Paranoia schließt somit keineswegs durchweg eine quoad valetudinem ungünstige Prognose in sich. Doch soll der Arzt bei der Prognose der Paranoia sich stets bewußt sein, daß die Paranoia jeden Augenblick wieder manifest werden kann, mit Sinnestäuschungen, Wahnideen, Aufregungszuständen.

Im Gegensatz zur lebenslänglichen Dementia und Paranoia stellen die reine Manie und Melancholie, sowie die einzelnen expansiven oder depressiven Phasen des zirkulären (manisch-depressiven) Irreseins, **episodische**, vorübergehende Krankheitszustände dar. Sie enden stets in Genesung; die Prognose des einzelnen Anfalles ist also **günstig.** Viele, im übrigen geistesgesunde, Menschen erkranken nur einmal im Leben an einer Manie oder Melancholie. Häufiger aber zeigt sich bei

diesen Krankheiten die Neigung zum Rezidiv, zur Wiederholung, zur Periodizität oder zur Entwickelung des zirkulären Typus. Wo es sich demnach um eine episodische Geisteskrankheit handelt oder zu handeln scheint, wird die prognostische Frage lauten müssen:

Kehrt die Geistesstörung wieder?

Bestimmte Regeln dafür, ob und eventuell wann eine episodische Geistesstörung wiederkehrt, lassen sich nicht geben. Im allgemeinen kann man beobachten:

1) Wenn ein Anfall maniakalischer Aufregung oder melancholischer Depression schon im frühen Lebensalter auftritt, so ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Wiederholung der Anfälle zu rechnen.

2) Bei einem Anfall, welcher nur kurze Zeit (Tage, Wochen) andauert, ist Wiederholung desselben in früherer oder späterer Zeit wahrscheinlich. Dagegen besteht bei der „klassischen", 1 Jahr lang dauernden Manie und Melancholie noch am ehesten eine gewisse Hoffnung, daß dieser Anfall der einzige sein wird.

Die prognostische Frage nach der Wiederkehr der anfallsartigen Geistesstörungen ist nun nicht bloß zu stellen bei der Möglichkeit einer periodischen oder zirkulären Psychose, sondern überhaupt bei jeder akut einsetzenden Psychose. Dieselbe kann sein epileptischer Natur (dann ist eine Wiederkehr wahrscheinlich), oder ein vorübergehender Aufregungszustand bei Paranoia, oder ein einzelner Anfall der in Schüben, mit mehr oder weniger langen Pausen verlaufenden, jugendlichen Verblödung. Wie wichtig die prognostische Frage nach der Wiederkehr der einzelnen episodischen Geistesstörung ist, geht auch daraus hervor, daß wenigstens ein Viertel bis ein Drittel aller als „geheilt" entlassenen Geisteskranken später wieder in Anstaltsbehandlung kamen.

Die Prognosenstellung in der Psychiatrie ist bezüglich der einfachen Geistesstörungen nicht nur eine praktisch sehr wichtige, sondern auch eine sehr schwere Aufgabe, welche jahre- und jahrzehntelange Erfahrung erfordert. Von dem nicht speziell psychiatrisch gebildeten Arzte wird daher eine Prognosenstellung quoad valetudinem oft genug nicht verlangt werden können. Die Grundzüge der prognostischen Erwägungen dagegen soll der Arzt kennen.

VI. Die Anamnese.

Das Erheben einer brauchbaren psychiatrischen Anamnese erfordert nicht bloß gewisse Kenntnisse in der Psychiatrie, sondern auch Geschick und Kritik. Wenn die Angehörigen einen Geisteskranken zur Untersuchung oder Aufnahme bringen, dann sind sie meistens über die vermeintliche Aetiologie der Geistesstörung völlig im klaren und erzählen in breitem Redestrom das, was man gerade nicht zu hören wünscht, weil es völlig wertlos ist:

Das idiotische Kind ist gar nicht von Geburt an idiotisch, sondern von der Wärterin einmal fallen gelassen worden. Die Epilepsie ist durch Schreck entstanden, die Manie durch Schlag auf den Kopf, die Melancholie durch Ausbleiben der Periode, die Dementia simplex durch unglückliche Liebe oder Onanie, die Paralyse durch Ueberanstrengung oder geschäftliche Verluste. — Jedes dem Ausbruch der Psychose vorangegangene Ereignis, und wenn

es noch so harmloser Natur ist, wird als Ursache der Geistesstörung bezeichnet. Das: post hoc begreift für den Laien auch das: ergo propter hoc in sich.

Großer Wert für die Entstehung der Geistesstörungen wird seitens des Publikums auch der Bleichsucht, Blutarmut oder Menstruationsanomalien beigelegt; dementsprechend fallen dann die anamnestischen Angaben aus. Doch sind solche Störungen (wenn sie tatsächlich bestanden haben) für die Entstehung der Geistesstörung ganz belanglos, oder aber sie sind unbewußte Umschreibungen und falsche Etiketten für einen früheren abnormen psychischen Zustand (gewöhnlich wohl hypochondrischer oder depressiver Natur), bei welchem die Kranken an Körpergewicht abnehmen, „blutarm" sein und „schlecht aussehen" können.

„Nervenfieber" ist durchaus nicht immer Typhus abdominalis, sondern oft genug ein epileptischer, hypochondrisch-paranoïscher, oder sonstwie psychisch abnormer Zustand. „Hirnhautentzündung" (in der Anamnese von Idioten uud Epileptischen) hat mit Meningitis und Encephalitis gewöhnlich auch nichts zu tun, sondern ist meist ein länger dauernder, auch ärztlicherseits oft verkannter, epileptischer Zustand. — Auch die euphemistische Anschauung und Ausdrucksweise des Volkes für Sexuelles muß dem Arzte bekannt sein: „Nervenschwäche" heißt Impotenz, „Rückenmarksschwäche" — Masturbation, „Rückenmarksreizung" — gesteigerte Sexualität, sexuelle Perversitäten u. s. w.

Auch die sonstigen Angaben der Angehörigen sind ferner oft genug mehr oder weniger falsch.

Absichtliche Entstellung wird man namentlich erwarten können bei den sogenannten traumatischen Neurosen (wo Rentenbezüge in Aussicht stehen) und dann in gewissen forensischen Fällen, bei denen die Konstatierung von Geistesstörung die Exkulpierung des Angeklagten zur Folge haben würde.

Viel häufiger aber als absichtliche Entstellung und Fälschung sind die unbewußt falschen Angaben. Während das Publikum kleinen, harmlosen Absonderlichkeiten des Einzelnen eine viel zu große Bedeutung beilegt, merkt es oft gar nicht den Beginn und Fortschritt einer ernsten Geistesstörung. So kann ein Beamter oder Offizier mit vollentwickelter Paralyse noch im Dienst sein, ohne daß Zweifel an seiner geistigen Gesundheit auftauchen. Die vielleicht seit einem halben Jahre bestehende Sprachstörung ist von den Angehörigen gar nicht bemerkt worden. — Aehnliches gilt von der ohne stärkere akute Symptome einsetzenden Dementia simplex.

Dann sind vielfach ganz im allgemeinen die zeitlichen Angaben der Verwandten verworren und ungenau; das Gedächtnis für zeitliche Verhältnisse ist bei vielen Menschen sehr wenig entwickelt. Am besten prüft man die zeitlichen Angaben der Angehörigen mit dem Kalender (auch aus früheren Jahren!) in der Hand, indem man die Fest- und Feiertage als Marksteine für die Erinnerung benutzt.

Bezüglich der Feststellung der hereditären Verhältnisse ist zu erwähnen, daß leichtere Grade von Schwachsinn, Paranoia, zirkulärer Geistesstörung manchmal von den Angehörigen gar nicht als krankhaft angesehen oder bemerkt werden. Auch verheimlichen manchmal die Angehörigen absichtlich eine hereditäre Belastung. Schließlich können die den Kranken begleitenden Angehörigen selbst geistig abnorm sein.

Die Anamnese hat nach Möglichkeit festzustellen:

a) die familiären Verhältnisse des Kranken;' die allfällige hereditäre Belastung, und zwar nicht bloß diejenige in der direkten Aszendenz, sondern auch in den Seitenlinien der Blutsverwandtschaft. (Eltern blutsverwandt? Alkoholismus? Epilepsie? Geisteskrankheiten, ev. Anstaltsbehandlung? Kriminalität?) Gesunde Geschwister? Wie viele? Todesart der gestorbenen?

b) Beginn und Verlauf der Geistesstörung des Kranken selbst.

Orientierende Fragen:

Wann wurde die Psychose bemerkt?
Beginn mehr akut, oder mehr schleichend?

Akuter Beginn z. B. bei Epilepsie, Delirium tremens, pathologischem Rausch, Manie, Melancholie, Katatonie.

Welche Symptome?

Tobsucht bei Epilepsie, pathologischem Rausch, Manie, Paralyse, Katatonie, Paranoia etc.

Selbstmordversuch bei Melancholie und anderen depressiven Zuständen; bei Paralyse, Paranoia, Dementia simplex.

Nahrungsverweigerung bei Melancholie (Versündigungs-, Verarmungs-, Vergiftungswahn), bei Stupor oder Negativismus; bei Paranoia (Vergiftungswahn); bei Paralyse.

Sinnestäuschungen bei den verschiedenen in Schwachsinn endigenden Psychosen; bei der Paranoia; bei Delirium tremens alcoholicum und anderen Intoxikationen.

Kriminelle Delikte:

Sittlichkeitsdelikte bei angeborenem Schwachsinn, Paralyse, Manie, Epilepsie, Dementia senilis u. s. w.

Brandstiftung bei angeborenem Schwachsinn, Epilepsie.

Mord bei Melancholie, Paranoia, Alkoholismus, Epilepsie.

Oft gewinnt man durch ein orientierendes kurzes Ausfragen der Angehörigen bereits ein Bild von dem Geisteszustand des Kranken. Im allgemeinen aber muß als Regel gelten, nach einigen orientierenden Fragen, je nach dem Lebensalter, sämtliche auf S. 66 genannten

diagnostischen Hauptfragen

der Reihe nach durch die Angaben der Verwandten sich nach Möglichkeit beantworten zu lassen. Nur so kann man am ehesten einen Ueberblick über das bisherige Leben des Kranken gewinnen und diagnostische Fehler vermeiden.

1) Ist der Kranke vielleicht angeboren schwachsinnig?

Krämpfe in frühester Jugend? Wann laufen und sprechen gelernt? In der Schule gut gelernt? Namentlich bei jugendlichen Kranken soll man sich möglichst die **Schulzeugnisse** herbeischaffen lassen; diese können sehr wertvolle Dokumente sein. Militärdienst? Beruf? Die Art des Berufes ist oft genug ein genügender Anhaltspunkt dafür, daß der Kranke nicht in höherem Maße idiotisch gewesen sein kann. Verheiratet? gesunde Kinder? Die Verheiratung spricht nicht gegen Idiotie; manche Idioten werden geheiratet, teils wegen ihrer Schönheit, teils wegen des Geldes.

2) Ist er erst später in den einfachen, lebenslänglichen Schwachsinn verfallen?

Wann? Unter welchen Symptomen?

3) Ist er paralytisch?

Paralytische Anfälle („Schlaganfälle", namentlich flüchtiger Natur)? Gedächtnisschwäche? Verschwendungssucht? Projektenmacherei? Reißen (lanzinierende Schmerzen)?

Seit wann vermutlich paralytisch?

4) Ist er paranoisch, oder sonst irgendwie dauernd abnorm?

Man vergesse nie, bei Verdacht auf Paranoia, nach **hypochondrischen** Ideen zu fragen, welche der Paranoia um Jahre vorausgehen können. Eifersuchtswahn? Sinnestäuschungen? Selbstmordversuche? Verfolgungswahn? Gemeingefährlichkeit?

Kriminalität?

5) Hat es den Anschein, als ob die jetzige Geistesstörung eine episodische ist?

War der Kranke früher schon geisteskrank?

Ist er epileptisch?

Periodische Manie, Melancholie, zirkuläres Irresein? Pausen dabei? Regelmäßigkeit und Dauer?

Dipsomanische Züge (periodische Trunksucht), bei periodischer Manie oder Depression, bei Epilepsie.

Episodische oder periodische Aufregungen bei Idiotie, Dementia simplex, Paranoia.

6) Liegt eine exogene Vergiftung vor? Eine Hirnkrankheit?

Alkoholismus: Abnorme Empfindlichkeit? Pathologische Räusche?
Lues: Hat die Frau abortiert? Schmierkuren?
Sonstige Vergiftungen?
Hirnerschütterung, wann, wo? Welche Symptome? Aerztlicherseits beobachtet? (Was das Publikum „Bewußtlosigkeit" nennt, ist häufig gar keine Bewußtlosigkeit, sondern etwa: Fassungslosigkeit [z. B. durch den Schreck].)
Hirntumor oder Hirnabsceß (**Ohrenerkrankung**)?
Schlaganfälle? Herzfehler?

VII. Die Untersuchung der Geisteskranken.

Die verwirrende Menge der psychischen, neurologischen und körperlichen Symptome in der Psychiatrie, die große Aehnlichkeit einzelner Zustandsbilder von Geisteskrankheiten mit grundverschiedener Prognose und Diagnose zwingen dazu, nicht nur bei der Anamnese und Diagnose, bezw. Prognose die früher (S. 66) gebrachten Fragen zu berücksichtigen, sondern auch einen bestimmten Gang der Untersuchung einzuhalten. Nur so entgeht man der Gefahr, Wichtiges zu übersehen.

Als Grundregeln bei der Untersuchung und Beschreibung von Geisteskranken sind zunächst zu nennen:

1) Was in Zahlen ausdrückbar ist, soll auch in Zahlen ausgedrückt werden.

2) Von der bildlichen Reproduktion (Photographie) ist der weitgehendste Gebrauch zu machen.

Körpergewicht (S. 29). **Körpergröße.**

Die Bestimmung der Körpergewichtszahl allein hat nur sehr geringen Wert. Die wichtigen Fragen:

Ist der Kranke normal schwer?
Ist er zu schwer?
Ist er zu leicht?

werden durch die absolute Körpergewichtszahl allein nicht genügend beantwortet; der subjektiven Schätzung bleibt ein zu weiter Spielraum. Wenn jemand 50 kg wiegt, so ist er durchaus normal schwer bei 150 cm Größe, aber bedeutend zu leicht für 180 cm. Das Körpergewicht muß also in Beziehung zur Körpergröße gebracht werden. Und zwar berechnet man sich am besten den Quotienten $\frac{\text{Körpergröße in Zentimeter}}{\text{Körpergewicht in Kilogramm}}$.

Auf der Tabelle[1]) Fig. 25 bezeichnen die wagerechten Zahlen die Körpergröße, die senkrechten den Körpergewichtsquotienten, die schräg von oben nach unten laufenden das Körpergewicht in Kilogramm bei normalen Erwachsenen.

Es ergibt sich, daß der Körpergewichtsquotient bei gesunden Erwachsenen, der Größe entsprechend, meist zwischen 2,0 und 3,0 liegt. Kleine Personen haben den Quotienten mehr bei 3,0, große Personen mehr bei 2,0.

Wenn man nunmehr weiß, daß eine Kranke von 150 cm Größe den Quo-

1) Nach Dreyfus, Die Inanition im Verlaufe von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych., Bd. 41, S. 519 ff.

tient 2,0 hat (75 kg Gewicht), so kann man, an der Hand der Tabelle, augenblicklich sagen, daß diese Kranke ganz bedeutend zu schwer ist; denn sie sollte nur einen Quotienten von etwa 3,4 haben. Hat dagegen ein Mann von 180 cm Größe den Quotienten 3,6 (Gewicht 50 kg), so ist er, wie unmittelbar ersichtlich, ganz bedeutend zu leicht.

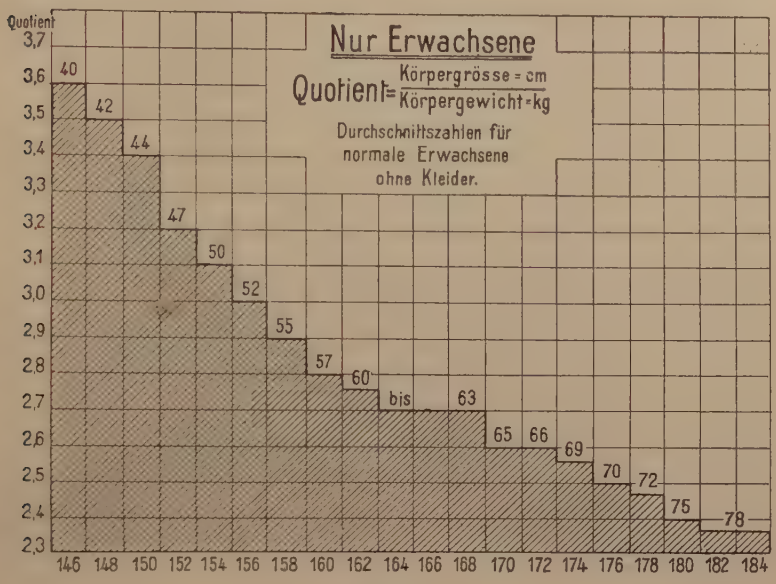


Fig. 25.

Die exakte Bestimmung des Körpergewichtes aber ist in der Psychiatrie von größtem wissenschaftlichem und praktischem Wert, wegen der Körpergewichtsschwankungen verschiedenster Aetiologie. Bei allen stärkeren Gewichtsabnahmen ist die **tägliche Körpergewichtsbestimmung** zu fordern, also in erster Linie bei **Nahrungsverweigerung** oder ungenügender Nahrungszufuhr; dann aber auch bei allen anderen mit Abmagerung und Inanition einhergehenden Zuständen, mögen dieselben durch äußere Momente veranlaßt oder direkte Krankheitssymptome sein.

Diese Bestimmung des Körpergewichtes ist durch das Verhalten der Kranken sehr oft erschwert, sei es durch Negativismus, Angst, Hinfälligkeit, Aufgeregtheit, oder weil die Kranken wegen der Kontrakturen überhaupt nicht sitzen können. Dann ist zur Bestimmung des Körpergewichtes eine besondere

Fig. 26. Wage und Korb, zum Wägen unruhiger, abstinierender, negativistischer Kranker.

Vorrichtung notwendig, die auf Fig. 26 ersichtlich ist: die Kranken werden in einem auf der Wage befestigten Korbe gewogen.

Die Gewichtsab- und -zunahme ist am anschaulichsten in Prozenten des Eintrittsgewichtes auszudrücken (s. auch die Kurven Fig. 2 bis 5).

Mästung und Abnahme bei Paralyse.

Abnahme und Mästung bei Dementia simplex.

Körpergewichtszunahme als Zeichen der beginnenden Besserung bei Manie und Melancholie.

Zwergwuchs bei
Kretinismus,
Chondrodystrophia foetalis.
In manchen Fällen von
Microcephalie,
Idiotie, nach
schwerer Rhachitis, bei
Micromelie.

Körpertemperatur (S. 29).

Infektionsdelirien.

Fieberhaftes Delirium tremens alcoholicum. Pneumonie bei Delirium alcoholicum. Fieber und abnorm niedere Temperaturen bei Paralyse und anderen organischen Hirnkrankheiten, auch bei Katatonie, Delirium tremens etc.

Fieberloser Verlauf bei Säuferpneumonie mit Verwirrtheit.

Urin (S. 32).

Urämie.

Febrile Albuminurie.

Albuminurie bei paralytischen und epileptischen Anfällen im Delirium tremens alcoholicum.

Albuminurie bei akutem Hirndruck und Stupor.

Oedeme. Myxödem. Decubitus.

Narben (S. 33).

Verdacht auf Epilepsie.
Zungenbißnarben in etwa 50 Proz. der Epileptiker.
Anzeichen abgelaufener Lues:
Narbe am Penis, am weichen Gaumen, Haut-Knochennarben an Stirn, Unterschenkel.
Leucoderma.
Keratitis parenchymatosa, Labyrinthtaubheit, Zahndeformationen (Hutchinsonsche Trias), Chorioiditis disseminata, als Zeichen der überstandenen Lues hereditaria.

Schädelgröße und Schädelform.

Microcephalie.
Hydrocephalie.
Turmschädel.
Sattelkopf.
Schiefschädel.
Kapselförmiges Hinterhaupt.

Sonstige **morphologische Eigentümlichkeiten.**

Gesichtsasymmetrie u. s. w.
„Degenerationszeichen" (S. 34).

Die Bestimmung von Schädelkapazität und Hirngewicht am Lebenden.

Man bezeichnet die Kopfmessung am Lebenden als Kephalometrie (im Gegensatz zur Kraniometrie, der Messung am mazerierten Schädel). Um am Lebenden Kopfform und Kopfinhalt zu bestimmen, werden 6 Ebenen am Kopfe eingezeichnet (2 Horizontal-, 1 Sagittal-, 3 Frontalebenen) (siehe

Fig. 27. Die auf den Kopf zu zeichnenden Ebenen bei der Kephalometrie.

Fig. 27) und auf das Papier übertragen. Durch planimetrische Messung erhält man unter anderem auch den mutmaßlichen Schädelinhalt. Bei einiger Uebung läßt sich ein derartiges „Kephalogramm" bequem in 1 Stunde herstellen.

Für viele Zwecke genügt es, sich nur eine ganz annähernde Vorstellung von der mutmaßlichen Schädelkapazität (und dem Hirngewicht) zu machen. Man kann dies durch Messung des größten Kopfumfanges (bei kurzgeschnittenen Haaren!) durch Bandmaß erreichen und Schädelkapazität und Hirngewicht nach folgender Tabelle[1]) berechnen:

Umfang in Millimeter	Mutmaßlicher Schädelinhalt in Kubikzentimeter			Mutmaßliches Hirngewicht in Gramm			Abgerundet
	Grenzwerte	Differenz	Mittelwerte	Grenzwerte	Differenz	Mittelwerte	
520—529	1215—1365	150	1290	1094—1229	135	1161	1160
530—539	1260—1410	150	1335	1134—1269	135	1202	1200
540—549	1305—1455	150	1380	1175—1310	135	1242	1240
550—559	1350—1500	150	1425	1215—1350	135	1283	1280—1300
560—569	1395—1545	150	1470	1256—1391	135	1323	1320—1350
570—579	1440—1590	150	1515	1296—1431	135	1364	1360—1400
580—589	1485—1635	150	1560	1337—1472	135	1404	1400—1450

Als größten Kopfumfang kann man eine Ebene annehmen, welche 3 cm oberhalb der Protuberantia externa und der Nasenwurzel um den Kopf gelegt wird.

Die Messung der Länge der Extremitäten einmal bei Porencephalie, wenn sie zu Wachstumsstörungen (bei Hemiparese auch an Rumpf und Gesicht nachweisbar) der Extremitäten geführt hat, und dann bei Zwergwuchs.

Im Gang der Untersuchung kann jetzt die Untersuchung der Organe von Brust- und Bauchhöhle angeschlossen werden.

1) Aus: Friedrich Beck, Eine Methode zur Bestimmung des Schädelinhaltes etc. am Lebenden. Zeitschr. f. Morph. u. Anthrop., Bd. 10, 1906, Heft 1, S. 122 ff.

Die endogen Geisteskranken haben gewöhnlich ganz gesunde Brust- und Unterleibsorgane. Je kränker Lunge, Herz und Abdomen, um so gesünder der Verstand.

Die Pupillenverhältnisse.

Die Pupillenuntersuchung entscheidet in vielen Fällen über die Frage nach der Prognose quoad vitam (S. 68). Sie ist mit größter Sorgfalt und Ruhe vorzunehmen. Zur Pupillenuntersuchung gehört Zeit, namentlich wenn die Kranken durch Negativismus, Angst, Erregung, Blödsinn bei der Untersuchung sehr widerspenstig sind.

Es ist zu untersuchen

1) Die Weite (in Millimetern). Es genügt völlig, bei ruhigen Kranken einen Millimetermaßstab vor das Auge zu bringen und die Weite direkt abzulesen. Die mittlere Pupillenweite schwankt im diffusen Tageslicht zwischen 2 und 4 mm. Miotisch enge Pupillen von 1 mm; abnorm weite 5, 6 und mehr mm Durchmesser.

Sind beide Pupillen gleich weit?

2) Rundung.

3) Lichtreaktion.

4) Konvergenzbewegung.

Zur Prüfung des Lichtreflexes bedarf es keiner komplizierten kostspieligen Apparate. Es kommt in allererster Linie darauf an, wer untersucht, und wie man untersucht (ob mit der nötigen Gewissenhaftigkeit). Es genügt jede Gasflamme (Rundbrenner mit Vorrichtung zum Hoch- und Kleinschrauben der Flamme). Im Notfall tut eine Petroleumflamme dieselben Dienste. In jeder Bauernstube kann man die Pupillen exakt untersuchen. Zu warnen ist vor einer Untersuchung bei Tageslicht, mit dem berüchtigten Beschatten der Augen durch die Hand.

Widerspenstigkeit, Negativismus, Blödsinn (letzterer namentlich auch bei Prüfung der Konvergenzbewegung) können die Pupillenuntersuchung ungemein erschweren oder vorübergehend unmöglich machen.

Verhält sich der Patient aber genügend ruhig, dann muß der Arzt die Pupillenuntersuchung so lange fortsetzen, bis er absolut ohne jeden Zweifel über die Pupillenverhältnisse ist. Er muß seiner Sache so sicher sein, daß er das Resultat seiner Untersuchung jeden Augenblick beschwören kann.

Der Ausdruck: „träge“ Reaktion ist möglichst zu vermeiden, oder, wenn wirklich notwendig, eingehend zu begründen (S. 41).

Beobachtungsfehler entstehen bei der reflektorischen Pupillenstarre sehr leicht dadurch, daß im Moment des Hochschraubens der Gasflamme der Patient auf dieselbe akkommodiert, und daß dann die lebhafte Konvergenzbewegung (S. 40) der Pupille eine Lichtreaktion vortäuscht.

Zur Prüfung der Konvergenzbewegung läßt man den Kranken erst zum Fenster hinaus und dann auf einen dicht vor die Augen gehaltenen Gegenstand blicken (Antagonismus zwischen Lichtreflex und Konvergenzbewegung, S. 40).

Augenhintergrund.

Sehschärfe (Druckproben).

Gesichtsfeld. Dieses ist oft nur in primitiver Weise, oft (Blödsinn) gar nicht zu untersuchen.

Uebrige Hirnnerven.

Augenbewegung,
Zähne aufeinander beißen lassen,
Mundöffnen,
Stirnrunzeln, Augenschluß,
Lachen, Pfeifen, Zunge zeigen.

Derartige Untersuchungen sind zugleich auch Untersuchungen des psychischen Zustandes.

Patellarreflexe.

Bei der Prüfung derselben muß der Kranke derartig hoch sitzen, daß die Füße den Erdboden nicht berühren. Während die rechte Hand des Arztes mit dem Perkussionshammer (oder einem größeren Schlüssel u. dergl.) den Schlag auf das Ligamentum patellae ausübt, muß die linke Hand auf dem Quadricepsmuskel des untersuchten Beines liegen, um durch das Gefühl eine Muskelkontraktion wahrzunehmen, auch wenn der Unterschenkel sich nicht bewegt. Eventuell Anwenden des JENDRASSIKschen, oder eines ähnlichen Handgriffes.

Gesteigerte Patellarreflexe: Dorsalklonus? Hypertonie? Spasmen? Beginnende Beugekontrakturen (Ueberwiegen der Flexoren)?

Starke einseitige Störung z. B. bei Hemiplegie; bei Abwesenheit einer Herderkrankung auch verdächtig auf progressive Paralyse.

Fehlende Patellarreflexe: Angeborene Abnormität (S. 50)? Hypotonie der Muskeln und Gelenke? Ataxie? ROMBERGsches Zeichen?

Sind Anzeichen für kombinierte Seiten- und Hinterstrangerkrankung vorhanden (S. 52)?

Andere Störungen der Motilität.

Tremor. Abnormer Gang (cerebellare Ataxie?). Lähmungen. (Mono-, Hemi-, Paraplegie.) Kontrakturen.

Blase und Mastdarm.

Hautreflexe (entgegengesetztes Verhalten bei Hemiplegikern, S. 50).

Sensibilität.

Elektrische Untersuchung.

Normales Zuckungsgesetz[1]) des motorischen Nerven für den galvanischen Strom:

Schwache Ströme:

KaS Zuckung.	AnS nichts.
KaÖ nichts.	AnÖ nichts.

Mittelstarke Ströme:

KaS Zuckung stark.	AnS Zuckung schwach.
KaÖ nichts.	AnÖ Zuckung schwach.

Starke Ströme:

KaS Tetanus.	AnS Zuckung stark.
KaÖ Zuckung inkonstant.	AnÖ Zuckung stark.

Komplette EAR.

Faradische Prüfung:
Erregbarkeit des Nerven erloschen.
Erregbarkeit des Muskels erloschen.

Galvanische Prüfung:
Erregbarkeit des Nerven erloschen.
Erregbarkeit des Muskels quantitiv zunächst normal, dann gesteigert und zuletzt oft stark vermindert. Zuckungen träge.
AnSZ > KSZ.

---

1) Nach SAHLI, Klinische Untersuchungsmethoden, 1899, S. 774.

Partielle EAR:

Faradisch: Nerv, Muskel } Erregbarkeit bloß herabgesetzt. Zuckungen gewöhnlich nicht verlangsamt.
Galvanisch: Nerv } Muskel: wie bei kompletter EAR.

Bewußtsein, Orientiertheit, Gedächtnis.

Bewußtlosigkeit, Dämmerzustand.
Orientiertheit bezw. der Zeit,
der Umgebung,
der eigenen Person.
Gedächtnis für früher Erlebtes
für frische Eindrücke.

Einige allgemeine Fragen [1]), welchen, je nachdem, speziellere Fragen anzuschließen sind:

Wie heißen Sie?
Was sind Sie?
Wie alt?
Ihre Heimat?
Welches Jahr haben wir jetzt?
Monat?
Wochentag?
Datum?
In welcher Stadt sind Sie jetzt?
In welchem Hause?
Wer hat Sie hergebracht?
Seit wann sind Sie hier?
Wo waren Sie vor 8 Tagen?
Wo vor 4 Wochen?
Wer bin ich?
Wer sind die anderen Leute Ihrer Umgebung?

Zur Gedächtnisprüfung:

Jede Intelligenzprüfung ist auch eine Gedächtnisprüfung (Schulkenntnisse, innere Assoziationen, vergl. das Schema zur Intelligenzprüfung am Ende dieses Abschnittes).

Vergleich der vom Kranken selbst gemachten Angaben mit denen der Verwandten.

Wiedererkennen von Bekannten.

Zur Prüfung des Gedächtnisses für frische Eindrücke:

Merkenlassen von Worten, Zahlen, Vorlegen einzelner Buchstaben, die der Kranke behalten und zum Wort kombinieren muß (vergl. auch das Schema zur Intelligenzprüfung).

Grobe Gedächtnisdefekte für früher Erlebtes z. B. bei Paralyse.
Umschriebene Gedächtnislücken bei Epilepsie; u. s. w. (vergl. S. 5).

Sprache und Schrift (S. 44).

Die eingehende Untersuchung auf aphasische und agraphische Störungen (auch bei Idiotie), und auf den sonstigen Stand der Intelligenz läßt sich am besten durchführen mittels des im Anfange dieses Abschnittes wiedergegebenen Intelligenzschemas.

Im allgemeinen wird man sich zu fragen haben:
Versteht der Aphasische das Gesehene oder Gesprochene?
Kann er identifizieren?
Ist die Wortfindung erschwert, oder ist das Sprechen unmöglich?

---

1) Vergl. Sommer, Diagnostik des Geisteskrankheiten, 2. Aufl., 1901, S. 87.

Spontan sprechen
Nachsprechen
Laut lesen
Spontan schreiben } lassen.
Diktat schreiben
Kopieren

So zeigt sich beim Lautlesenlassen die **anarthrische Störung der Paralytiker,** die Zittersprache der Alkoholdeliranten, die Anarthrie und die sonstigen Spracheigentümlichkeiten der Idioten.

Hierbei oft paraphasische Erscheinungen (Verlesen), bei
Paralyse,
Delirium tremens alcoholicum, nach
Hirnerschütterung.

Partielle Intelligenzdefekte bei Idioten, welche zwar lesen, aber nicht schreiben können, oder welche Druckschrift in geschriebene Schrift umsetzen, aber weder das Gedruckte, noch das Selbstgeschriebene zu lesen vermögen.

Störungen im Satzbau bei Idiotie, Paralyse, auch bei Herderkrankungen.

Orthographische oder stilistische Fehler, Unbeholfenheiten in Ausdrucksweise und Satzbau sind aber an sich noch keineswegs ein Zeichen von Idiotie. Vielmehr ist stets das Milieu und Bildungsniveau der Umgebung zu berücksichtigen, aus der die Kranken stammen. Man beachte die Briefe der Angehörigen des Kranken.

Hat jemand früher, seinem Stande und Berufe nach, bestimmt gut lesen und schreiben können, und hat er diese Fähigkeiten im mittleren Lebensalter ganz oder teilweise verloren, so ist dies ein Zeichen einer schweren organischen Hirnkrankheit, gewöhnlich der Paralyse.

Dementsprechend können Schriftproben die Diagnose auf Paralyse sehr unterstützen, wenn z. B. spinale Innervationsstörungen fehlen.

Zitterschrift der Paralytiker,
der Alkoholdeliranten.

Rede- und Schreibdrang der Maniakalischen und mancher Paralytiker. Manieren im Sprechen und Schreiben Katatonischer (cf. S. 46).

Einen wesentlichen Bestandteil der Untersuchung kann das Schreibenlassen bei Paranoischen bilden. Paranoische sind sprachlich oft sehr wenig mitteilsam und verschweigen hartnäckig ihre Wahnideen. Aber in Schriftstücken kommen Wahnideen oft unverhüllt zum Vorschein.

Schulkenntnisse.

Die Prüfung auf Sprache und Schrift, Lesenlassen, ist zugleich eine Prüfung der Schulkenntnisse.

Hersagenlassen geläufiger Reihen:
Alphabet,
Zahlenreihe vor- und rückwärts,
Vaterunser,
10 Gebote,
Monatsnamen, Wochentage.

Ferner; einige geographische und geschichtliche Kenntnisse; indes sollen bei solchen Prüfungen die Anforderungen möglichst bescheidene sein. Die Kenntnisse von Menschen, die man zwar für dumm, aber nicht für idiotisch halten darf, sind oft staunenswert gering.

Endlich lasse man die Kranken **rechnen;** und zwar muß man hierbei unterscheiden

a) die Multiplikationsaufgaben aus dem kleinen Einmaleins, sowie eine Anzahl Additions-, Subtraktions- und Divisionsaufgaben, welche

als geläufige Reihen festsitzen und keine Verstandestätigkeit mehr erfordern, und

b) Rechenoperationen mit zwei- und mehrstelligen Zahlen, bei denen eine kombinatorische Tätigkeit notwendig ist.

So können manche Idioten Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins sehr gut beantworten; aber sie versagen völlig bei selbständig zu lösenden Rechenoperationen.

Im mangelhaften Rechnen (genügenden Schulunterricht vorausgesetzt) zeigen sich oft leichtere Grade von Idiotie. Doch soll hiermit nicht gesagt sein, daß es nicht auch Idioten gibt, welche befriedigend rechnen können. Andererseits können grobe Rechenfehler, wenn die Kranken früher intelligent waren, z. B. auf Paralyse hinweisen.

Partieller Negativismus im Rechnen bei manchen Katatonischen; lesen und schreiben können solche Kranke fließend, so daß an ihrer guten Schulbildung nicht gezweifelt werden kann. Aber sie rechnen nicht die einfachste Rechenaufgabe aus.

Die auf Seite 64 u. 65 gestellten beiden diagnostischen Fragen:

1) Ist der Kranke **angeboren** schwachsinnig? oder
2) Ist er **erst später** in Schwachsinn verfallen?

finden ihre Beantwortung durch Prüfung der Schulkenntnisse, eventuell durch Einsehen in die Schulzeugnisse. Bei dem im Jugendalter erst entstehenden Schwachsinn bleiben die einmal erworbenen Schulkenntnisse gewöhnlich erhalten — im Gegensatz zur Paralyse, wo sie früher oder später durch die Hirnkrankheit verloren gehen.

Untersuchung von Idioten, welche nicht lesen können, mit Bilderbüchern, vorgezeigten Gegenständen u. s. w.

Die Untersuchung von **Kranken, welche nicht reden,** pflegt dem Unerfahrenen besondere Schwierigkeiten zu machen. Der Zustand der Stummheit ist aber bei psychisch Kranken nichts Seltenes.

Wenn die Kranken früher gesprochen haben (also nicht hochgradig idiotisch oder taubstumm sind), so kann **Stummheit** die Folge sein

1) einer organischen Läsion im Zentralnervensystem:
   a) Aphasie durch Blutung, Tumor u. s. w. Dabei gewöhnlich rechtsseitige Hemi-Erscheinungen. Die Kranken können, abgesehen von ihrer Sprachstörung, sehr intelligent sein.
   b) Progressive Paralyse } sei es infolge vorübergehenden Stupors, oder Herderscheinungen, oder Blödsinns.
   c) Dementia senilis }
2) eines Stupor bei funktioneller Geisteskrankheit:
   a) des katatonischen Stupor,
   b) des melancholischen Stupor (physiognomischer Ausdruck der Angst),
   c) des manischen Stupor (euphorischer, heiterer Ausdruck),
   d) des Stupor bei Amentia, Paranoia,
   e) des epileptischen Stupor,
   f) des Stupor bei Hirntumor und Urämie;
3) von Sinnestäuschungen, die dem Kranken das Sprechen verbieten;
4) von dauerndem Blödsinn, bei Epilepsie, Dementia.

Die Stummheit ist also ein Symptom verschiedenster Krankheiten. Die genaue Körperuntersuchung (reflektorische Pupillenstarre, Stau-

ungspapille, epileptische Narben, Albuminurie und sonstige Zeichen von Nephritis, Hemiplegie oder Hemiparese) werden oft die Diagnose ermöglichen.

Ist die Untersuchung bis hierher systematisch durchgeführt, dann wird, unter gleichzeitiger Beobachtung des physiognomischen und gesamten sonstigen motorischen Verhaltens, in vielen Fällen eine Diagnose oder Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich sein. Je nachdem nun im Krankheitsbilde vorherrschen

die Sinnestäuschungen (S. 2),

verschiedenes Verhalten der Kranken den Sinnestäuschungen gegenüber,

die Wahnideen (S. 7),
die Delirien, Ideenflucht, Denkhemmung (S. 7),
der Schwachsinn oder Blödsinn (S. 13),
die Störungen des Gefühlslebens,

Exaltation (S. 14),
Depression (S. 15),

die Willensstörungen (S. 18),

Bewegungsdrang, Tobsucht, Stupor, ferner die „katatonischen“ Symptome, wie
abnorme Muskelspannung,
Katalepsie,
Negativismus,
Manieren u. s. w.,

wird man diese in der Krankengeschichte ausführlicher schildern.

Als oberste Regel muß hierbei gelten, alle Aeußerungen der Kranken **in direkter Rede** und unverändert niederzuschreiben. Aufzeichnungen direkter Reden von Geisteskranken sind Dokumente, die stets ihren Wert behalten, auch wenn sich die Ansichten über die Geisteskrankheiten und die Krankheitsbezeichnungen noch so sehr geändert haben mögen.

Bei längerer Krankenbeobachtung sind die eventuellen anfallsartigen Störungen (mit genauem Datum),
das Verhalten des Körpergewichtes,
Unreinlichkeit,
Zerstörungstrieb u. s. w.
noch besonders zu erwähnen. Den zu verschiedenen Zeiten aufgenommenen Schriftproben ist Datum und Jahreszahl beizufügen; aus solchen verschiedenen Schriftproben läßt sich dann, z. B. bei Paralyse, der Progressus der Krankheit ersehen.

Bei dem vorstehenden Gang der Untersuchung konnte vieles nur angedeutet werden. Der wechselnde physiognomische Ausdruck, das überlegene, „paranoische“ Lächeln und Achselzucken, das Verhalten bei Sinnestäuschungen, in der Erregung u. s. w. läßt sich schwer beschreiben; man muß es sehen. Nur wer gut beobachten lernt, wird richtige Diagnosen und Prognosen stellen.

Zusammenfassung des Ganges der Untersuchung:

Körpergewicht.
Körpergröße und Quotient zwischen beiden.
Körpertemperatur.
Urin.
Narben.
Schädelgröße und -form.
Morphologische Eigentümlichkeiten.
Lunge, Herz, Abdominalorgane.

Pupillen.

Patellarreflexe.
Sonstiger neurologischer Befund.

Bewußtsein, Orientiertheit.
Gedächtnis.
Sprache und Schrift.
(Lesen lassen!)
Schulkenntnisse.

Sinnestäuschungen.
Wahnideen.

Delirien, Ideenflucht, Denkhemmung.
Zeichen von Schwachsinn oder Blödsinn.
Verwirrtheit.
Zwangsvorstellungen.
Gefühlsanomalien.
Willensstörungen.

Anhang:

Schema für Intelligenzprüfungen [1]).

A. Perzeption.

(Konstatierung, daß überhaupt aufgenommen wird.)
Unter Berücksichtigung der Perzeptionszeit.

α) **Optische**: Perimeter, Buchstaben, Figuren, geometrische Bilder, Schnörkel mit dem Finger nachfahren lassen; Stroboskop, Farbentafeln, Wollbündel: a) innerhalb der gleichen Nuance, b) innerhalb der gleichen Farbe.

β) **Akustische** (durch Nachsprechen): kurze, lange Vokale, Silben (do re mi fa so la si).

γ) **Taktile** (sofortige Reaktion).

δ) **Olfactorische.**

ε) **Gustatorische.**

ζ) **Des Gemeingefühls** (sofortiger Schmerz).

η) **Die Wahrnehmung eigener Bewegung**: Augenmaß; passive Bewegungen aktiv nachmachen lassen, unter Ausschluß der Augen; Zählen eigener Bewegungen.

B. Apperzeption.

Ob notorisch perzipierte (eventuell reproduzierte) Eindrücke in der ihnen entsprechenden Weise assoziiert werden? (Ob dies z. B. beim Nachsprechen der Fall ist? beim Nachsingen? beim Nachpfeifen?) Speziell wichtig für Nachschreiben und Diktatschreiben, ebenso beim Lesen. Probe: ist ein Ochs, Esel, Lump, hat gestohlen, kommt ins Zuchthaus, wird hingerichtet, ist Schuster, ledig; seine Frau ist gestorben, ist aus Lohr.

Ferner: Was gehört dazu? ohne Worte. Machen die Kühe miau? Frosch bellen?

α) Rasch Selbstgelesenes niederschreiben lassen (NB. Zeitung)

β) Rasch Vorgelesenes niederschreiben lassen (Zeitung).

---

1) Rieger, Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung. Würzburg (Stahel) 1888 und Verhandl. d. physik.-med. Gesellsch., Bd. 22. Daselbst sind auch die näheren Erklärungen für dieses Schema zu finden.

C. Gedächtnis.

(Fixierung der Zeitgrenze.)

I. Für frühere Erinnerungen im allgemeinen.

Orientierung im Raum, in der Zeit, Erkennen alter Bekannter, Erinnerung früherer Erlebnisse, Melodien (kommt später noch oft in Betracht). Frage nach: quis? quid? ubi? quibus auxiliis? cur? quomodo? quando? Kaiser — Papst — Prinzregent.

II. Für frische Eindrücke.

α) Aus optischen Perzeptionen. Weit auseinander gestellte Buchstaben und Zahlen. Versuch mit der Spalte; Formengedächtnis; Schnörkelversuch in 5 Größen. Reproduktion von gemachten Bewegungen (Figuren) verlangen. Klavierversuch.

β) Aus akustischen Perzeptionen. Nicht sprachliche Laute; Schnalzlaut, Pfeifen etc., vorgesprochene Sätze und Worte nach längerer und kürzerer Zeit: unmaßgeblich, unvorgreiflich, unzielsetzlich; Kenntnis neuer Eigennamen, Fingerversuch (für jeden Finger eine ein- bis zweistellige Zahl merken lassen).

γ) Aus taktilen. Unmittelbar nachher und nach längerer Zeit lokalisieren lassen.

δ) Aus olfactorischen. Asa foetida vorhalten.

ε) Aus gustatorischen.

ζ) Aus solchen des Gemeingefühls. Pinzette.

η) Aus eigenen Bewegungen entstandene. Bewegungen zuerst unter Handführung, dann selbständig (wie oben unter A *η*), nur Zeit dazwischen; wie unter C II *α*, nur bei geschlossenen Augen.

Ueberall zu berücksichtigen, ob sprachliche Reproduktion dem Gedächtnis als Hilfsmittel dient oder nicht.

D. Unmittelbare Nachahmung.

(Erforderlich Fähigkeit der Perzeption und Reproduktion. Nebenfrage: ob dabei Apperzeption vorhanden?)

1) Nachsprechen. NB. Phonograph! Einfache, durch Buchstaben vertretene Laute, bekannte unseres Alphabets, Laute aus fremden Sprachen: franz. g; engl. th; Schnalzlaute, aspirate, nasale, gutturale Worte.

Bei längeren muß sich die Gedächtnisgrenze zeigen. Deutsche (Pferdeeisenbahn-Baugewerksberufsgenossenschaft). Unbekannte Fremdwörter: jeu, roi, nation, diplomatie, transcendental, abstraction. Mono-oxy-phenil-amidopropion-Säure; das gleiche häufig sprechen: mille huit-cent-quarante-dix; Fischers Fritz frißt frische Fische.

2) Nachsingen.

3) Nachpfeifen.

4) Andere Mundlaute (Zisch-, Schnalz-, Grunz-, Quaklaute).

5) Nachmimen. Mienen, Geberden, Zunge zeigen, Lachen, Weinen, beliebige Bewegungen.

6) Nachschreiben von Schriftbuchstaben. NB. absichtlich fehlerhafte Schrift.

7) Nachzeichnen.

E. Geläufige Reihen.

(Aeußerung durch rein innere Assoziationen ablaufender, intellektueller Vorgänge.

1) (NB. mit Zeitmessung) Sprachliche Aeußerung.

Auch hier zu unterscheiden (wie zwischen F und G): Selbstfinden der Worte, Assoziationen und vorgesagte als richtig oder falsch anerkennen.

Wortfragmente: Trom-pete; zusammengesetzte Worte.

Beobachtung der gewöhnlichen Sprachweise. Hersagen geläufiger Reihen: Vaterunser, zehn Gebote, Alphabet, Gedichte, Tages-, Jahreszeiten, Monate. Zahlenreihen. Rückwärts zählen. Kleines Einmaleins (6×6). Einfachste Additionen. Gerade und ungerade.

Quis? quid? ubi? quibus auxiliis? cur? quomodo? quando? Wie heißen Sie? Wie heiße ich? Was sind Sie? Was bin ich? Welches Datum? Kaiser? König? Papst? Was ist Feigheit? Wie sieht die Wiese aus? Der Schnee ist? Das Blut ist? Der Hund ist? (treu). Der Fuchs ist? (schlau). Der Löwe ist? (großmütig). Die Katze ist? (falsch). Der Esel ist? (grau oder faul oder dumm). Pontius und Pilatus. Sodom und Gomorrha. Horatier und Curiatier. Nektar und Ambrosia. Orestes und Pylades. Hektor und Andromache. Romulus und Remus. Castor und Pollux. Montecchi und Capuletti. Romeo und Julia.

Peter und Paul. Tristan und Isolde. Kaspar, Melchior und Balthasar. Jesus, Maria und Joseph. Vater, Sohn und heiliger Geist. Hülle und Fülle. Sack und Pack. Stock und Stein. Stumpf und Stiel. Schrot und Korn. Man kauft die Katze nicht im Sack. Krethi und Plethi. Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm. Mann und Maus. Müßiggang ist aller Laster Anfang. Ein X für ein U. Bausch und Bogen. Kind und Kegel. Selber essen macht fett. Glaube, Liebe, Hoffnung. Wohl und Wehe. Feuer und Flammen. Dominus vobiscum et cum spiritu tuo. Wer hat die Welt geschaffen? Marius und Sulla. Cimbern und Teutonen. Antonius und Kleopatra. Max und Moritz.

2) Singen.
3) Pfeifen.
4) Andere Mundlaute.
5) Mimen. Mienen und Gebärden, Lachen, Weinen, Uhr aufziehen lassen, Trinken, Schnupfen, Schnäuzen, Rock knöpfen etc.
6) Schreiben, z. B. Namen etc.
7) Zeichnen.

F. Identifizierendes Erkennen.

I. Unter Ausschluß der Sprache.

α) Von optischen Eindrücken. Gleiches zu gleichem legen; farbige Wollbündel und Tafeln; Buchstabenbilder; Zahlbilder unter sich; Wortbilder unter sich und mit den zugehörigen Objekten. Spielkarten. Gemalte Gegenstände mit wirklichen. Münzen. Gleiche Schnörkel.

β) Von akustischen Eindrücken gleicher oder verschiedener Klangintervalle.

Optisch-akustisch: Tierstimmen.

(Und so fort bis *η*.)

II. Identifikation eines Sinneseindrucks mit vorgesprochenem oder vorgeschriebenem Wort.

Frage: Wo ist das? oder ist das so und so?

α) Eines optischen in Bezug auf Personen, wirkliche Gegenstände (speziell Münzen, Marken, einheimische, fremde, Spielkarten, Schachfiguren), gemalte Gegenstände; vorgemachte Tätigkeiten; vorgestellte Eigenschaften. Geschriebene Buchstaben, deutsch, lateinisch, Fremdwörter; Gleichgültiges; Interessantes; gedruckte Worte: sinnlose Kombinationen; einzelne Ziffern, mehrstellige Zahlen, ob Zahl überhaupt? ob sie bestimmt wird? Interpunktionszeichen. Erkennen der Uhr, Frage: Ist es jetzt so oder so viel Uhr? Musikalische Noten.

β) Eines akustischen in Bezug auf Singen, Pfeifen, andere Laute überhaupt; dann bestimmte Melodien, Intervalle, Tierstimmen.

γ) Eines taktilen. Warm, kalt, hart, weich, spitzig, stumpf, schneidend.

δ) Eines olfactorischen.

ε) Eines gustatorischen.

ζ) Des Gemeingefühls.

η) Einer eigenen Bewegung entstammenden (rechts, links, unten, oben), Erkennung des Schreibens unter Handführung bei geschlossenen Augen. Wortverständnis. Zunge zeigen; rechten, linken Arm u. s. w.

G. Umsetzung.

I. In gesprochenes (Frage: Was ist das?).

NB. Wenn deutliche Aussprache nicht möglich ist, wenigstens andeuten lassen, daß das Wort innerlich konzipiert ist: z. B. durch Andeutung der Silbenzahl.

α) Optischer Eindrücke. In Bezug auf Personen, wirkliche Gegenstände, Farben, Münzen, Marken, Spielkarten, Schachfiguren. Gemalte Gegenstände; vorgemachte Tätigkeiten (schneuzen, blasen, schnupfen). Vorgestellte Eigenschaften. Lesen: geschriebene Buchstaben, gedruckte Buchstaben: deutsch, lateinisch, geschriebene Worte, gedruckte Worte: deutsch, lateinisch. Fremdwörter; Gleichgültiges, Interessantes, groß und klein. Sinnlose Buchstabenkombinationen. Einzelne Ziffern (römische); mehrstellige Zahlen (ob Zahl überhaupt? ob die bestimmte genannt wird?) Ziffern an der Uhr. Interpunktionszeichen; musikalische Noten; stenographische Zeichen. Landkartenlesen.

β) Akustischer Eindrücke. In Bezug auf Singen, Pfeifen, Blasen, Schneuzen und dergl. überhaupt; dann bestimmte Intervalle; Tierstimmen.

γ) Taktiles (warm, kalt, hart, weich, spitz, stumpf).

δ) Olfactorisches.
ε) Gustatorisches.
ζ) Des Gemeingefühls.
η) Eigener Bewegung. Rechts, links, oben, unten. Erkennen des Schreibens bei Handführung bei geschlossenen Augen (schreibend lesen).

II. In geschriebenes: wie bei I.

Unterschied: bei α) statt Lesen: Abschreiben von Drucktext, Umschreiben von Ziffern in geschriebene Zahlworte;
bei β) auf Diktat schreiben.
(NB. mit Zeitmessung).

H. Kombinationen.

Zählen von Anwesenden, von Abwesenden; Zählen mit und ohne Finger von Bildern, Buchstaben, Figuren, Ecken. Zahlenvergleichung; Größenvergleichung; Auffassung komplizierter Bilder, Handwerkerstätten, geometrische Figuren; Worte zusammensetzen aus Täfelchen; Rechnen (Unterschied von E), Schachaufstellen. Erraten der richtigen Worte in verstümmeltem Text; Rätsel; Vexierbilder. Spielen mit Karten.

VIII. Die Behandlung der Geisteskranken.

Eine Prophylaxe der endogenen Geisteskrankheiten besitzen wir nicht. Geisteskranke hat es zu allen Zeiten gegeben und wird es auch stets geben. Das Auftreten der Geistesstörung ist gänzlich unabhängig von der sozialen Stellung des einzelnen, oder von dem Wohlergehen eines Volkes. So sehr die Hygiene auch gegenwärtig ihre Triumphe feiert, so wenig vermögen die dadurch geschaffenen besseren gesundheitlichen Bedingungen die Zahl der Geisteskranken zu vermindern. Im Gegenteil wird angenommen, daß in der Jetztzeit mehr Menschen „nervös“ und geisteskrank werden als in der Vergangenheit. Ebensowenig würde die Beseitigung des so oft angeschuldigten „Kampfes ums Dasein“ mit seinen Entbehrungen und Sorgen zu einer Einschränkung der Geisteskrankheit führen. Wie oft erlebt man es nicht, daß Menschen

1) geisteskrank werden, wenn sie von jeher in den glücklichsten Verhältnissen gelebt haben, und

2) geistesgesund bleiben, bei aller Not, Sorge und Entbehrung; haben sie es dann zu dem ersehnten Wohlstand gebracht und ist die Sorge gebannt — dann werden sie geisteskrank.

Was in prophylaktischer Hinsicht zur Zeit geschehen kann, ist der Kampf gegen den übermäßigen Alkoholgenuß und gegen die Lues. Aber der Kampf wird hoffnungslos sein; und außerdem würde die Psychiatrie durch Wegfallen dieser beiden Gifte kein wesentlich anderes Gesicht bekommen.

Die Behandlung der Geisteskranken selbst läßt sich einteilen in die individuelle und die soziale Behandlung.

Die **individuelle** Behandlung hat das geisteskranke Individuum als solches, und an und für sich, zu heilen, zu bessern oder wenigstens in möglichst passender Weise zu verpflegen.

Die **soziale** Behandlung soll die Geisteskranken in ihren Beziehungen zur menschlichen und staatlichen Gesellschaft in die richtige Stellung bringen, sie nötigenfalls für die Geistesgesunden unschädlich machen, oder zum Schutz ihres Vermögens die Freiheit ihres Handelns beschränken.

An die Spitze der **individuellen** Behandlung ist stets die Frage zu stellen:

Anstaltsbehandlung? oder nicht?

Von den exogenen Geistesstörungen bedürfen das Delirium tremens alcoholicum und die sonstigen akuten Alkoholpsychosen stets der sofortigen Aufnahme in die Anstalt. Die akuten Geistesstörungen der Gewohnheitstrinker sind größtenteils halluzinatorische Psychosen;

und halluzinierende Geisteskranke sollen stets zunächst als gemeingefährlich angesehen werden.

In die geschlossene Anstalt gehören ferner Kranke zu Entziehungskuren bei Alkoholismus, Morphinismus, Cocainismus.

Die Infektionsdelirien, die Geistesstörungen bei umschriebenen Hirnkrankheiten, die urämischen Geistesstörungen kommen gewöhnlich nur dann in psychiatrische Behandlung, wenn die häusliche Pflege, oder die Behandlung in einer inneren Abteilung, namentlich infolge der Unruhe des Kranken, nicht mehr durchführbar ist.

Für die Paralyse und die sämtlichen, irgendwie akute Symptome zeigenden, einfachen Geistesstörungen ist im allgemeinen der Satz aufzustellen:

Anstaltsbehandlung so bald als möglich,

auch wenn zunächst keine der unten aufgeführten absoluten Indikationen zur Aufnahme in eine geschlossene Anstalt vorliegt. Diese Forderung gilt nicht bloß für die ärmeren Bevölkerungsklassen, bei denen der Geisteskranke zu Hause ohne Aufsicht und Pflege wäre, sondern auch für diejenigen Geisteskranken, denen häusliche Pflege und Wartepersonal ausreichend zu Gebote stünde. Bei allen akuten Störungen oder akuten Exacerbationen der chronischen Störungen hat die Anstaltsbehandlung nur Vorteile gegenüber der Familienbehandlung. Nur in der Anstalt ist die dauernde ärztliche Aufsicht, die dauernde Ueberwachung und Pflege durch geschultes Personal durchführbar. In der Anstalt kann ferner — ein nicht zu unterschätzender Vorteil — die medikamentöse Behandlung bis auf ein Minimum eingeschränkt werden. Die chronische Ueberfütterung mit „Beruhigungsmitteln“ ist dem Kranken zweifellos schädlich, aber bei häuslicher Behandlung nicht wohl zu umgehen.

Im Publikum herrscht noch immer eine sehr große Abneigung gegen die Irrenanstalten, nicht bloß deshalb, weil die Psychiatrie überhaupt eine sehr unpopuläre Wissenschaft ist, sondern weil gar zu häufig die Presse, welche sich auf Aussagen entlassener Geisteskranker stützt, sensationelle Mitteilungen bringt über „Mißhandlungen Geisteskranker in Irrenanstalten“ und sogar über die gesetzwidrige Einsperrung Geistesgesunder. Hierdurch muß in einem Teil des Publikums der Glaube entstehen, daß die Irrenärzte Ignoranten sind und das Pflegepersonal ein ohne ärztliche Aufsicht nach eigener Willkür handelndes rohes Volk. Derjenige Arzt, welcher dieses Vorurteil des Publikums gegen die Irrenanstalten vermindern hilft, handelt nur im Interesse seiner Kranken.

Die **absoluten** Indikationen für die Aufnahmen in Anstalten sind

1) Gefährdung des Lebens des Kranken selbst:

a) Selbstmordideen — bei allen depressiven Störungen, in erster Linie **Melancholie,** dann Paralyse, Paranoia, Hypochondrie, Epilepsie, Alkoholismus u. s. w.;

Selbstbeschädigungstrieb.

b) Nahrungsverweigerung infolge depressiven Affektes oder von Wahnideen: Melancholie, Paranoia;

infolge Willenslähmung oder Negativismus: Stupor, Katatonie, Paralyse.

2) Unsoziales Verhalten des Kranken und Gemeingefährlichkeit (im weitesten Sinne):

Halluzinationen (Alkohol, Paranoia, Epilepsie). Sexuelle Vergehen. Impulsive Handlungen, Triebe (S. 25). Gefahr des Mordes oder Totschlages durch Wahnideen (Alkoholismus, Melancholie, Paranoia u. s. w.).

Verschwendungssucht (Paralyse, Hypomanie). Lärm. Tobsucht. Zerstörungstrieb. Unreinlichkeit.

Hält der Arzt die Aufnahme des Kranken in die Anstalt für nötig, dann muß er mit aller zu Gebote stehenden Energie auf die Ueberführung dringen. Die Verwandten des Kranken sind zu leicht geneigt, nicht nach der Ueberzeugung des Arztes zu handeln, sondern nach dem Wunsche des Kranken, welcher sich selbstverständlich heftig gegen die Anstaltsbehandlung wehrt.

Nötigenfalls ist bei der Ueberführung des Kranken Gewalt anzuwenden.

In den Anstalten ist die sorgfältigste Ueberwachung Tag und Nacht durchführbar, sowie die Fernhaltung aller aufregenden äußeren Einflüsse. In modernen Anstalten genießen auch die Kranken der Männerabteilungen den Segen weiblicher Krankenpflege (barmherzige Schwestern; indes sind außerdem noch einige männliche Pfleger für die unruhigen und gewalttätigen Kranken notwendig).

Die symptomatische Behandlung in den Anstalten besteht in

1) Ueberwachung, welche Tag und Nacht geübt wird;

2) Bettruhe, welche in Anstalten viel besser durchführbar ist als in häuslicher Pflege;

3) Kontrolle des Körpergewichtes und der Ernährung;

Besonders gefährlich ist es, wenn Kranke (z. B. Melancholische) nicht die Nahrung völlig verweigern, aber ständig ungenügend Nahrung zu sich nehmen. Das Körpergewicht sinkt andauernd, und die Kranken können schließlich akut kollabieren und sterben. Die tägliche Körpergewichtsbestimmung (s. S. 75) ist bei solchen Kranken notwendig, ferner die Mengenbestimmung der genossenen Nahrung mittels Wage. Solche Maßregeln erweisen sich insofern oft auch als therapeutische, indem das Personal der Ernährung solcher Kranker größere Sorgfalt zuwendet. Zudem soll, wenn irgend möglich, während des Essens der Kranken ein Arzt zugegen sein; der ärztlichen Autorität gelingt es vielfach, den Kranken zur genügenden Nahrungsaufnahme zu bewegen.

Die Indikationen zur Schlundsondenfütterung sind je nach dem Ernährungszustand des Kranken verschieden. Wenn ein wohlgenährter Kranker plötzlich die Nahrung einschließlich aller Flüssigkeit verweigert und wenn er dabei nicht übermäßig aufgeregt ist, so kann man 2 bis 3 Tage zuwarten. Nimmt er, bei Nahrungsverweigerung, genügend Wasser zu sich, so schadet auch eine 8-tägige Abstinenz nichts. Bei Erregung und namentlich bei schlechtem Ernährungszustande (Melancholie bei chronischer Unterernährung! s. o.) zögere man nicht mit ausgiebiger künstlicher Ernährung.

Die einzelnen Geisteskranken ertragen auch, je nach der Eigenart ihrer Psychose, den Nahrungsmangel in verschiedener Weise. So werden manische und paranoische Kranke durch Nahrungsenthaltung in ihrem Allgemeinbefinden viel weniger gestört als Melancholische und Katatonische.

Bei der Ausführung der Schlundsondenfütterung, welche der Arzt niemals dem Pflegepersonal überlassen darf, muß er sich vor allem vergewissern, daß die Sonde in den Magen gelangt ist. Dies geschieht durch Auskultation des Magens, während Luft in die Sonde geblasen wird. Besser als Einführung einer dünnen Sonde durch die Nase ist die Einführung einer dicken weichen Sonde durch den Mund, unter Anwendung des Mundsperrers. Als Nahrung werden abwechselnd, außer Milch mit Ei und Zucker, auch Kohlehydrate (Kartoffel-, Erbsensuppe etc.), Gemüse und Fleisch in feinzerteiltem Zustand gegeben — dreimal täglich $^3/_4$ bis 1 l, je nach der Größe der Personen. So gelingt es bequem, Kranke viele Monate lang bei vorzüglichem Ernährungszustande zu halten, bis sie von selbst wieder anfangen zu essen.

4) Dauerbädern, sowohl als Beruhigungsmittel bei starker Unruhe des Kranken (Manie, Paralyse, Katatonie, Delirium tremens),

als auch gegen Unsauberkeit, Kotschmieren und Decubitus, bezw. Hautgangrän.

Bei sehr schwer tobsüchtigen Kranken kommt man nicht ganz ohne Zwang aus. Entweder kann man solche Kranke isolieren in einem, direkt an die Wachabteilung angeschlossenen Einzelraum, oder (was sich für viele schwere Erregungszustände als das Geeignetste erweist): die Kranken werden

in nasse Laken gewickelt. Diese Wickelung ist der Isolierung dadurch unendlich überlegen, weil die Kranken nicht der Ueberwachung entzogen sind. Die Kranken selbst, sofern sie — nach der Beruhigung oder Genesung — noch an die Wickelung eine Rückerinnerung haben, empfinden die Wickelung (im Gegensatz zur Isolierung) viel weniger als Zwang, sondern vielmehr als therapeutische Maßregel.

Die Wickelung ist aber eine heroische Maßregel; sie darf nur vorgenommen werden in Gegenwart des Arztes, welcher auch später stets halbstündlich den Puls (Temporalarterie, Carotis), die Temperatur und das Aussehen des Kranken kontrollieren muß. Hals und Schlüsselbeingegend müssen vom Wickel völlig frei sein. Den Kranken im Wickel ist häufig Flüssigkeit zum Trinken anzubieten; auch trinken solche Kranke oft freiwillig, während es nicht gelingt, ihnen im Dauerbade Flüssigkeit zuzuführen. Durch Gießen von kaltem Wasser zwischen die Leintücher wird die Temperatur im Wickel, wenn nötig, wieder abgekühlt.

Kontraindikationen gegen diese Wickelung sind nur schwere Herz-, Lungen- und Nierenkrankheiten, schwer fieberhafte Erkrankungen, Marasmus, drohender Kollaps.

Körperlich gesunde Kranke oder solche mit gut kompensierten Herzfehlern, beginnender Lungentuberkulose u. s. w. vertragen die Wickelungen vorzüglich. Ein Kranker kann bis zu 12 Stunden im Wickel bleiben. Die Wickelung kann auch mehrmals nacheinander angewandt werden.

5) Die dauernde psychische Beeinflussung durch den Arzt.

6) Die Arbeit (Paranoia, Hypochondrie, Zwangsgedanken, stationäre Schwachsinnszustände).

7) Die medikamentöse Behandlung ist in den Anstalten im großen und ganzen entbehrlich.

Die in Betracht kommenden Narkotika wirken auf die verschiedenen Erregungszustände nicht in gleicher Weise. Die Erfahrung hat gelehrt, daß einzelne Arzeneimittel die betreffende Erregung günstiger beeinflussen als andere.

Opium (ad 0,15! ad 0,5). Tinctura opii (ad 1,5! ad 5,0).

Morphium muriaticum (ad 0,03! ad 0,1!).

Beide Narkotika wirken am besten bei Angstzuständen, depressiver Erregtheit, Präkordialangst. Nur muß man bei längerer Anwendung die Maximaldosis bis zu einem Mehrfachen derselben überschreiten.

Nachteile: Verdauungsstörungen.
Gefahr des Morphinismus.

Scopolaminum hydrobromicum (ad 0,0005! ad 0,002!), ein souveränes Mittel bei maniakalischer oder paralytischer Tobsucht. Verschrieben wird eine 1-‰ Lösung; hiervon 15 Tropfen mehrmals innerlich (fast geschmacklos), oder (Vorsicht!) $^1/_2$ bis (!) 1 Spritze subkutan.

Sehr bewährt hat sich die Kombination Morphium-Scopolamin (Schneiderlinsche Narkose). Von einer 2-proz. Morphium- und einer 1-‰ Scopolaminlösung werden je 5 Teilstriche in die gleiche Pravazspritze gesaugt. Die Injektion kann, unter Kontrolle von Puls und Atmung, 2-stündlich wiederholt werden, bis Schlaf eintritt. Auch anwendbar bei Delirium tremens alcoholicum mit Pneumonie.

Chloralhydrat (ad 3,0! ad 6,0!) nur bei jugendlichen Kranken mit intaktem Herz, Lunge und Gefäßsystem. Nicht in den vollen Magen! (Delirium tremens, maniakalische Erregung. Als Klysma [5,0 g] im Status epilepticus).

Amylenhydrat (Delirium tremens 5,0 per os. Im Status epilepticus 5,0—8,0 per Klysma).

Trional (1,0) } bei leichteren psychischen Störungen, bei Schlaflosig-
Veronal (0,3—0,5) } keit Hypomanischer u. s. w.

Brompräparate (Erwachsene bis zu 5 und 10 g täglich und mehr) wirken vorübergehend bei Epilepsie.

Im allgemeinen hat bei leichten psychischen Störungen, ferner bei der sogenannten Nervosität, bei chronischer Schlaflosigkeit u. s. w. für den Arzt als Regel zu gelten: Keine Schlafmittel; keine Brompräparate. Das kritiklose Verordnen solcher Mittel kann nur Schaden stiften. Eine vernünftige Aufklärung „nervöser“ Patienten über ihr Leiden wirkt viel besser, als der ganze übliche medikamentöse Apparat (s. später unter „Neurasthenie“).

Einer besonderen Ernährung bedürfen spontan essende Geisteskranke mit gesunden Digestionsorganen nicht. Die sogenannte Weir-Mitchellsche Mastkur ist stets überflüssig, öfters sogar schädlich.

Die individuelle Behandlung bei ausgebrochener Geisteskrankheit ist demnach im wesentlichen eine symptomatische. Die Hauptaufgabe des praktischen Arztes aber besteht in einem möglichst frühzeitigen Erkennen der Geisteskrankheit oder Abnormität. So wenig vom Arzte, der nicht speziell vorgebildet ist, stets eine bestimmte Diagnose verlangt werden kann, so sehr muß gefordert werden, daß er im Einzelfall die Möglichkeit einer psychischen Anomalie erwägt. Es ist von größtem Vorteil für den Kranken, wie für seine Angehörigen, wenn der Arzt bei gewissen, sonst schwer oder gar nicht erklärlichen Zuständen überhaupt an die Möglichkeit einer Geistesstörung denkt. Wie viele Gewalttätigkeiten Geisteskranker, Selbstmorde, allerhand Vergehen gegen das Strafgesetzbuch, pekuniäre Verluste, Kummer und Sorge werden durch ein rechtzeitiges Erkennen der Psychose vermieden.

Manchmal verlaufen Geisteskrankheiten in derartig leichter Form, daß solche Kranke gar nicht in Anstaltsbehandlung kommen. Leichte Formen von angeborenem oder später aufgetretenem Schwachsinn, von zirkulärem Irresein, von hypochondrischer Paranoia werden oft genug verkannt und mit falschen Diagnosen, wie „Neurasthenie", „Hysterie" u. s. w. belegt. Eine richtige Diagnose aber wird nicht nur zu einer ganz anderen Auffassung des Krankheitsfalles und Vermeidung unnötiger oder schädlicher therapeutischer Maßnahmen führen, sondern auch, z. B. bei jugendlichen Personen, Einfluß auf die Wahl des Berufes haben u. s. f.

In Bezug auf die **soziale** Behandlung existieren gesetzliche Bestimmungen, welche der Arzt kennen muß, und zwar

a) verwaltungsrechtliche,
b) straf- und zivilrechtliche.

a) Die verwaltungsrechtlichen (administrativen) Vorschriften in Bezug auf Geisteskranke.

Verschiedene Länder (Frankreich, Belgien, Holland und andere) haben spezielle „Irrengesetze", welche eingehende Bestimmungen enthalten

einerseits: über die Verpflichtung, Geisteskranke, welche sich nicht selbst überlassen bleiben können, in ihrem eigenen Interesse und dem der Gesellschaft in Irrenanstalten zu verbringen, oder sonstwie passend zu versorgen, — und über die Einrichtungen der Irrenanstalten;

andererseits: über den Schutz der persönlichen Freiheit vor möglichen widerrechtlichen Freiheitsberaubungen, mit Rücksicht auf solche Individuen, die ohne Schaden für sich und andere in Freiheit gelassen werden können.

Das Deutsche Reich besitzt keine solche einheitliche gesetzliche Regelung. In seinen Einzelstaaten bestehen die verschiedenartigsten, oft nur gelegentlichen Verordnungen, welche für jede Provinz wieder besonders studiert werden müssen.

In Bezug auf den Schutz der persönlichen Freiheit kommt § 239 des Strafgesetzbuches in Betracht:

„Wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt, wird mit Gefängnis bestraft."

Tatsächlich ist im Deutschen Reich noch kaum ein Fall bekannt geworden von widerrechtlicher Einsperrung eines Geistesgesunden in einer Irrenanstalt.

Wer ohne Protest in der Anstalt bleibt, dem gegenüber kann natürlich nicht von einer Entziehung der Freiheit die Rede sein, auch wenn man ihn nicht frei aus- und eingehen läßt. Denn: Volenti non fit injuria. Handelt es sich ferner um einen ganz sinnlosen oder bewußtlosen Menschen, so kann einem solchen gegenüber auch nicht von Entziehung der persönlichen Freiheit die Rede sein. Denn bei ihm hat die Krankheit schon an und für sich eine Aufhebung der persönlichen Freiheit bewirkt. Dagegen hat nun allerdings jeder verantwortliche Irrenarzt die Pflicht, in den Ausnahmefällen, in welchen die eben erwähnten beiden gewöhnlichen Arten der Sachlage nicht gegeben sind, wo also von einem Geisteskranken in deutlicher und nachdrücklicher

Weise gegen die Freiheitsentziehung protestiert wird, nur auf gesetzmäßiger Grundlage zu handeln [1]).

Bemerkenswert erscheint noch als eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung § 80 des bayrischen Polizeistrafgesetzbuches:

„Wer mit Gefahr für Personen oder Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit Blödsinnige oder Geisteskranke, deren Aufsicht ihm obliegt, frei auf Straßen oder an öffentlichen Orten herumgehen läßt, wird an Geld bis zu 45 Mark bestraft."

„Hat eine solche Person einen Angriff gegen Personen oder gegen fremdes Eigentum verübt, oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntnis erfolgt, oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt, so ist die Polizeibehörde berechtigt, auf dem Grund bezirksärztlichen Gutachtens deren Unterbringung in einer Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen."

Analoge Bestimmungen bestehen in allen Ländern.

b) Die hierher gehörigen straf- und zivilrechtlichen Bestimmungen der deutschen Reichsgesetzbücher.

1. Die Bestimmungen des Strafgesetzbuches und der Strafprozeßordnung.

Str.G.B. § 51.

Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Str.G.B. § 55.

Wer bei Begehung der Handlung das zwölfte Lebensjahr nicht vollendet hat, kann wegen derselben nicht strafrechtlich verfolgt werden. Gegen denselben können jedoch nach Maßgabe der landesgesetzlichen Vorschriften die zur Besserung und Beaufsichtigung geeigneten Maßregeln getroffen werden. Die Unterbringung in eine Familie, Erziehungsanstalt oder Besserungsanstalt kann nur erfolgen, nachdem durch Beschluß des Vormundschaftsgerichts die Begehung der Handlung festgestellt und die Unterbringung für zulässig erklärt ist.

Str.G.B. § 56.

Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besaß.

Str.G.B. § 58.

Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besaß, ist freizusprechen.

[Man beachte den Unterschied in der Fassung des § 51: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden" und der von § 56 und § 58: „Ein etc. ist freizusprechen."]

Str.G.B. § 176 [2]).

Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer eine in einem willenlosen oder bewußtlosen Zustande befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht.

Str.G.B. § 177.

Mit Zuchthaus wird bestraft, wer durch Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben eine Frauensperson zur Duldung des außerehelichen Beischlafs nötigt, oder wer eine Frauensperson zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht, nachdem er sie zu diesem Zwecke in einen willenlosen oder bewußtlosen Zustand versetzt hat. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter einem Jahre ein.

Hierzu gehört:

Str.G.B. § 59.

Wenn jemand bei Begehung einer strafbaren Handlung das Vorhandensein

1) Aus Rieger, 1. Bericht aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg vom Jahre 1899. S. 103. (Auch Verhandlungen der physikal.-mediz. Gesellschaft Würzburg, Bd. 29, 30, 31.)

von Tatumständen nicht kannte, welche zum gesetzlichen Tatbestande gehören oder die Strafbarkeit erhöhen, so sind ihm diese Umstände nicht zuzurechnen.

Str.G.B. § 224.

Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder die Zeugungsfähigkeit verliert oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird, oder in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängnis nicht unter einem Jahre zu erkennen.

Str.G.B. § 225.

War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von zwei bis zu zehn Jahren zu erkennen.

Str.G.B. § 300.

Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

Str.Pr.O. § 56.

Unbeeidigt sind zu vernehmen:

1. Personen, welche zur Zeit der Vernehmung das sechzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet oder wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben.

Str.Pr.O. § 76.

Dieselben Gründe, welche einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern, berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens. Auch aus anderen Gründen kann ein Sachverständiger von der Verpflichtung zur Erstattung des Gutachtens entbunden werden.

Die Vernehmung eines öffentlichen Beamten als Sachverständigen findet nicht statt, wenn die vorgesetzte Behörde des Beamten erklärt, daß die Vernehmung den dienstlichen Interessen Nachteil bereiten würde.

Str.Pr.O. § 81.

Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Dem Angeschuldigten, welcher einen Verteidiger nicht hat, ist ein solcher zu bestellen.

Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

Str.Pr.O. § 203.

Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren Abwesenheit des Angeschuldigten oder der Umstand entgegensteht, daß derselbe nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist.

Str.Pr.O. § 485.

An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurteil nicht vollstreckt werden.

Str.Pr.O. § 487.

Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

2. Die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Zivilprozeßordnung.

a) Entmündigung. Geschäftsunfähigkeit. Pflegschaft.

B. G. B. § 6.

Entmündigt kann werden:

1) wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag;

2) wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt;

3) wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen

vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet.

Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.

„Geistesschwäche" im juristischen Sinne heißt nicht etwa: Idiotie mäßigen Grades; sondern es soll unter „Geistesschwäche" ein leichter Grad jeglicher Geistesstörung verstanden werden.

Es empfiehlt sich, das Wort „Geistesschwäche" (= Schwachsinn) als medizinischen Fachausdruck (und Diagnose) zu vermeiden und dafür von „angeborenem" oder „erworbenem Schwachsinn" zu sprechen.

B. G. B. § 104.

Geschäftsunfähig ist:

1) wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat;

2) wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist;

3) wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

B. G. B. § 105.

Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.

Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

B. G. B. § 114.

Wer wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht entmündigt ist, oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat.

B.G.B. § 1910.

Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten, nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten.

Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

b) Ehescheidung.

B.G.B. § 1569.

Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

B.G.B. § 1583.

Ist die Ehe wegen Geisteskrankheit eines Ehegatten geschieden, so hat ihm der andere Ehegatte Unterhalt in gleicher Weise zu gewähren wie ein allein für schuldig erklärter Ehegatte.

B.G.B. § 1325.

Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand.

Die Ehe ist als von Anfang an gültig anzusehen, wenn der Ehegatte sie nach dem Wegfalle der Geschäftsunfähigkeit, der Bewußtlosigkeit oder der Störung der Geistestätigkeit bestätigt, bevor sie für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist. Die Bestätigung bedarf nicht der für die Eheschließung vorgeschriebenen Form.

c) Schadenersatzpflicht.

B.G.B. § 827.

Wer im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbe-

stimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele; die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand geraten ist.

d) Verfahren in Entmündigungssachen (Zivilprozeßordnung).

Z.Pr.O. § 645.

Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche erfolgt durch Beschluß des Amtsgerichts. Der Beschluß wird nur auf Antrag erlassen.

Z.Pr.O. § 646.

Der Antrag kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden, welchem die Sorge für die Person zusteht. Gegen eine Person, die unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, kann der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann der Antrag von einem Verwandten nur gestellt werden, wenn auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erkannt ist oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrags dauernd außer stande oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist.

In allen Fällen ist auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgerichte zur Stellung des Antrags befugt.

Z.Pr.O. § 649.

Das Gericht kann vor der Einleitung des Verfahrens die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses anordnen.

Z.Pr.O. § 654.

Der zu Entmündigende ist persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständigen zu vernehmen. Zu diesem Zweck kann die Vorführung des zu Entmündigenden angeordnet werden.

Die Vernehmung kann auch durch einen ersuchten Richter erfolgen.

Die Vernehmung darf nur unterbleiben, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist.

Z.Pr.O. § 655.

Die Entmündigung darf nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat.

Z.Pr.O. § 656.

Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, daß der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen soweit tunlich zu hören.

Gegen den Beschluß, durch welchen die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu.

Z.Pr.O. § 675.

Die Wiederaufhebung der Entmündigung erfolgt auf Antrag des Entmündigten, oder desjenigen gesetzlichen Vertreters des Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht, oder des Staatsanwalts durch Beschluß des Amtsgerichts.

Z.Pr.O. § 680.

Die Entmündigung wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht erfolgt durch Beschluß des Amtsgerichts.

Der Beschluß wird nur auf Antrag erlassen.

Eine Mitwirkung der Staatsanwaltschaft findet nicht statt.

Gegenüber von allen diesen Gesetzesparagraphen erwächst dem Arzte die Aufgabe, das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Geisteskrankheit zu konstatieren. Dazu gehört an und für sich nur

der Nachweis von psychischen Symptomen, die in der „Allgemeinen Symptomatologie“ aufgeführt wurden, und nicht der Nachweis einer bestimmten Krankheitsform der „speziellen Psychiatrie“, welch letztere Diagnose eventuell im gegebenen Moment nicht einmal möglich sein kann.

Zeigt der Kranke also solche Symptome, die in der allgemeinen Symptomatologie aufgeführt sind, in einer dem Beurteiler zur Behauptung von Geistesstörung genügend erscheinenden Stärke und Häufung (also nicht etwa bloß eine vereinzelte, noch mit geistiger Gesundheit verträgliche Zwangsidee u. dergl.), so genügt der Nachweis solcher Symptome im Sinne des Gesetzes, so ungenügend die Diagnose dabei auch in jeder anderen Beziehung noch ist. In Frage steht also hier gegenüber von auffallenden Symptomen von Geisteskrankheit immer nur: ob dieselben auf Wirklichkeit beruhende, oder simulierte sind.

Simulation.

Erfahrungsgemäß wird Geisteskrankheit sehr selten simuliert, viel seltener als alle möglichen anderen Gebrechen. Mit der Diagnose auf Simulation von Geisteskrankheit soll man daher vorsichtig sein; mancher scheinbare Simulant ist schließlich doch verblödet.

Auch der Militärarzt wird oft genug vor die Frage gestellt, ob Simulation vorliegt, oder nicht, wenn bei einem zu Bestrafenden psychische Symptome auftreten, welche eine Beobachtung und Begutachtung des Geisteszustandes erfordern. Da wo der Laie nur Widersetzlichkeit, Faulheit, Grobheit, läppisches Benehmen u. s. w. sieht, ist es die Aufgabe des Sachverständigen, festzustellen, ob jene scheinbar normalpsychologischen Erscheinungen nicht vielleicht Krankheitssymptome sind (von angeborenem oder im Entstehen begriffenem Schwachsinn, Hypomanie, epileptischem Charakter).

Besonders schwierig ist die Entscheidung darüber: Was ist Simulation oder Uebertreibung? und was ist Krankheitssymptom? bei notorisch geistig Abnormen (Schwachsinnige, Entartete u. s. w.).

Dissimulation.

Wahnideen, Selbstmordsucht u. s. w. werden häufig verheimlicht, dissimuliert (vergl. S. 9). Nicht nur für den Arzt, der Geisteskranke behandelt, sondern auch für den Arzt als Begutachter ist die Kenntnis der Dissimulation sehr wichtig.

Niemals stelle der Arzt, ohne die betreffende Person genauer zu kennen, auf Grund einer einmaligen Untersuchung (in der Sprechstunde!) ein Zeugnis aus, daß der das Zeugnis Fordernde geistesgesund ist! Wenn es jemand nötig hat, sich seine geistige Gesundheit schriftlich vom Arzt bescheinigen lassen zu müssen, dann ist er gewöhnlich nicht geistesgesund. Meist sind es Paranoiker (gegen die z. B. ein Entmündigungsverfahren schwebt), welche bestrebt sind, ärztliche Gutachten über ihre geistige Gesundheit einzusammeln.

Gerade wenn es sich um Objekte der Psychiatrie handelt, rächt sich die Leichtgläubigkeit des Arztes oft schwer. Deshalb lerne es der Arzt, sich eine der Haupttugenden des Psychiaters, nämlich das **Mißtrauen**, anzueignen:

Mißtrauen nicht nur gegenüber den positiven Aussagen der Kranken, (Hypochondrie, Paranoia [Verfolgungsideen aller Art], Melancholie [Selbstbeschuldigungen], Unfallverletzung), sondern namentlich auch bei dem geringsten Verdacht auf Dissimulation.

Spezielle Psychiatrie.

I. Intoxikationen und Infektionen.

Der Alkoholismus.

Der Alkohol ist, chronisch im Uebermaß genossen, ein Gift für den gesamten Körper (Herz-, Gefäß-, Leber- und Nierenkrankheiten) und namentlich auch für das periphere und zentrale Nervensystem (periphere Neuritis, Hinterstrangerkrankung im Rückenmark, Neuritis optici retrobulbaris [Alkoholamblyopie], Augenmuskelkernlähmung, Neuritis von Augenmuskelnerven, Ophthalmoplegia interna [aber niemals reflektorische Pupillenstarre!], Pachymeningitis haemorrhagica interna). — Die Art des genossenen Getränkes ist nicht ohne Einfluß auf das Zustandekommen nervöser oder psychischer Erscheinungen: schlechter Schnaps (mit Fuselölgehalt) wirkt am schädlichsten.

Nach der Krankenhausstatistik kam, im Durchschnitt des letzten Jahrzehnts, ein Fall von Delirium alcoholicum pro Jahr:

in Preußen	in Bayern
auf rund 3000 Einwohner	auf rund 17 000 Einwohner

In Preußen also sechsmal so viel.

Auf den Kopf der Bevölkerung von Deutschland kommen im Jahr rund:

115 l Bier
15 l Branntwein
5 l Wein.

Branntwein	enthält	40—60	Proz. Alkohol
Wein	„	10—15	„ „
Bier	„	4— 5	„ „

1. Die typische Alkoholpsychose ist das auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehende **Delirium tremens alcoholicum.**

Seine Hauptsymptome sind

a) Sinnestäuschungen, besonders des Gehörs und Gesichts, unter letzteren die charakteristischen Tiervisionen. Gefühlstäuschungen: Das Kriechen der Tiere wird gefühlt.

b) Desorientiertheit bezüglich Zeit und Umgebung (Situations- und Personenverkennung).

c) Tremor und motorische Unruhe; Ataxie.

d) Schlaflosigkeit.

Hierzu kommen auf körperlichem Gebiete:

oft Albuminurie,
manchmal Fieber.

Die Gesichtstäuschungen können jederzeit künstlich hervorgerufen werden durch Vorhalten eines leeren Blattes Papier; man fordert die Kranken einfach auf, zu erzählen, was sie sehen (Fig. 28a u. b).

Ein Kranker sah auf dem leeren Blatt und las ab:
„Da ist ein Hase, eine Rose, ein Baum, ein Mädchen, ein Kinderkopf; das Mädchen hat einen Strauß in der Hand. Es begrüßt den herausreitenden

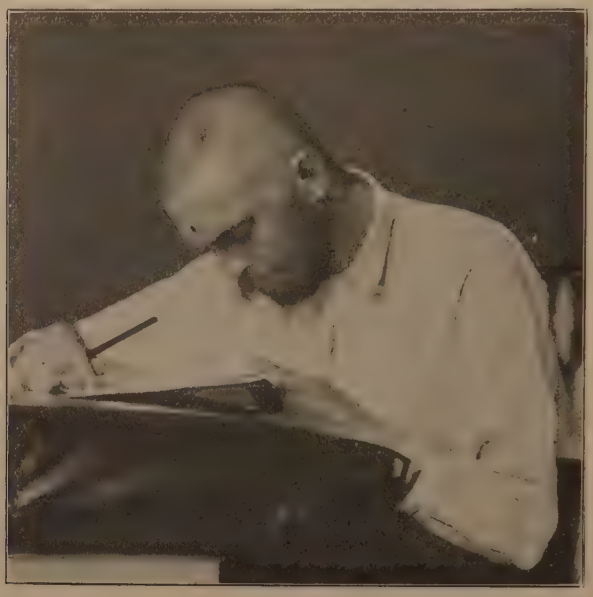


Fig. 28a. Kranker mit Delirium tremens alcoholicum, ruhig und besonnen, im Begriff, seine Halluzinationen aufzuzeichnen, welche durch Vorhalten des leeren Blattes hervorgerufen wurden.

Fig. 28b. Kranker mit Delirium tremens alcoholicum, vom leeren Blatte ablesend.

Königssohn, der eine fünfzackige Krone auf dem Kopfe trägt. Da ist ein Mädchen mit ziemlich ausdrucksvollem Gesicht, und ein Mops, nein ein Kater. Da kommt ein Jäger mit der Flinte zu Pferd, da kommt ein reitender Mann mit einer Lanze, der schießt seine Braut, die er im Arm gehalten hat. Das Pferd geht allein durch.“ Weiter sieht er noch Pferde, Hunde, andere große Tiere. Ferner, in Buchstaben: „Meister ich Gänschenstädter, oder Zeugstraße (das ist schwer zu lesen, weil die Buchstaben sich bewegen). Der Mutter. Innungsmetzger. Straße 75. Remstädter Straße und Ende der zweiten. Entsicherungsrichtung. Straße null hoch oder 2b (das war die erste Zeile; es verschwindet wieder und kommt alles wieder. Es ist alles hektographiert)“ u. s. w.

Manche Kranke zeichnen auch ihre Visionen auf (Fig. 29).

Fig. 29. Zeichnungen von Visionen, welche die Alkoholdeliranten auf das leere Blatt halluzinierten.

Mit solchen Sinnestäuschungen sind die Kranken ausgesprochen suggestibel.

Paraphasisches Lesen der Deliranten.
Zitterschrift der Deliranten (Abbild. 30).

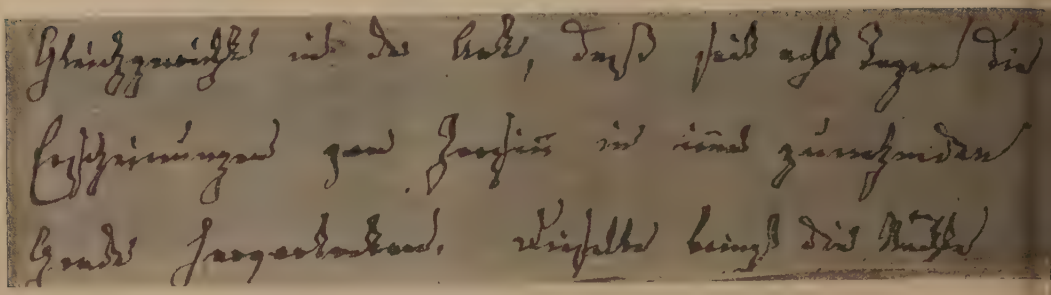


Fig. 30. Zitterschrift eines Alkoholdeliranten.

Die Stimmung der einzelnen Deliranten ist ganz verschieden, je nach den Halluzinationen und der Situationsverkennung: bald heiter, bald ängstlich, drohend, zornig, aggressiv, tobsüchtig. Manche Alkoholdelirien haben eine deutlich paranoische Färbung; es entwickelt sich das Bild eines akuten Verfolgungswahns auf Grund der Sinnestäuschungen.

Aus den Aufzeichnungen eines Arztes, nach seiner Genesung vom Delirium tremens:

„In dem Zimmer der Klinik befand sich ein schwarzledernes Sopha, auf welchem von Zeit zu Zeit Mohrenköpfe hervorwuchsen, welche sich bewegten. Ich suchte sie den anderen anwesenden Personen zu zeigen; diese sahen aber nichts, was mich sehr reizte. Später zogen eine Truppe Soldaten, höhere Offiziere, Militärbeamte vorüber, welche nach mir suchten. Kurze Zeit darauf befand ich mich an einem anderen Ort; dort war Kaffeekränzchen, an dem auch Frau X. und ihre Tochter beteiligt waren. Als sie mich wahrnahmen, spotteten sie mich aus, verlachten mich. Und als ich fort wollte, war ich eingesperrt; und nur ein Gedanke beherrschte mich, zu entkommen, um nicht dem Spott und Hohn der anderen preisgegeben zu sein. Dann folgte ein Maskenball; die Tür zu mir öffnete sich; Hohngelächter erscholl . . . plötzlich kam der Stationsarzt, und ich sollte mich zu Bett legen. Doch in dem Bette lag ein Kind, das sich als Puppe erwies. Nach einer schrecklichen Nacht, in der mir eine Frauensperson mit einem Kind im Wickelkissen erschien, war ich wieder an einem anderen Ort. Die Frauensperson war, wie sie mir sagte, infolge eines mißglückten Selbstmordversuches vermittels Dynamit schrecklich verstümmelt, das Gesicht zerfetzt. Schließlich stellte es sich heraus, daß es die Schwester einer bekannten Dame war; sie beauftragte mich, die Angehörigen in ihrem Namen um Verzeihung zu bitten. Nun war ich wieder nahe bei meiner Heimat und begegnete der genannten Schwester und deren Töchtern. Die Gesichtszüge sämtlicher Personen waren verzerrt, die Augen verwirrt. Sie gingen rasch abseits in einen Wald; und als ich nachkam, fand ich nur Leichen. Ein großes Quantum Cyankali fand sich vor. Ich nahm es in meine Hand; eine kleine Wunde verschaffte dem Gifte Eingang. Ich glaubte mich verloren; statt Blut sprang Wasser aus meinen Adern. . . .

Durch die Fensterscheiben sah ich häufig meine Frau und Kinder hereinsehen. Einmal glaubte ich, sie stehe vor der Tür, weil ich durch den Luftkamin ihre Stimme hörte, und sie mich aufforderte, hinzukommen. Angst jagte mich von einem Ort zum andern. Ueberall sah ich nur Feinde und Unterdrücker, die mir die Wahrheit vorenthielten. . .“ u. s. w.

Dauern derartige Zustände von akutem alkoholistischem Verfolgungswahn längere Zeit an (bis zu mehreren Wochen), dann kann man von einer **akuten Halluzinose der Trinker**, oder dem akuten halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker sprechen. Bei solchen alkoholistischen Zuständen ist die Orientiertheit

manchmal weniger oder gar nicht gestört; dagegen treten namentlich massenhafte bedrohende und beschimpfende Gehörstäuschungen auf, in deren Folge es, außer starker Angst, rasch zu einem festen Verfolgungswahnsystem kommen kann. Angedeutet finden sich aber die gleichen Symptome bei sehr vielen gewöhnlichen Alkoholdelirien, wie überhaupt ein prinzipieller Unterschied zwischen der akuten Halluzinose und dem Delirium tremens nicht besteht. Man kann bei der „akuten Halluzinose" die Diagnose ebensowohl auf „Delirium tremens" stellen; die Prognose ist die gleiche: es tritt Genesung ein.

Als Gelegenheitsursachen für den Ausbruch des Delirium tremens alcoholicum sind zu nennen: allerhand Verletzungen (Frakturen!) und Infektionen (Pneumonie!). Stets soll der Arzt bei Verletzungen chronischer Alkoholisten mit dem Ausbruch eines Delirium tremens rechnen (keine Alkoholentziehung; Nachtwache u. s. w.).

Bei der Mehrzahl der Deliranten fehlen indes solche äußere nachweisbare Anstöße zum Delirium tremens. Auch bekommt von vielen Alkoholisten, welche die gleiche Alkoholmenge vertilgen, nur ein geringer Prozentsatz das Delirium tremens. Der Grund hierfür ist unbekannt.

Verlauf: 1) Prodromalstadium (fehlt oft) mit gastrischen Erscheinungen, Angstzuständen, einzelnen Sinnestäuschungen, Schweißausbrüchen. Bisweilen auch epileptiforme Anfälle.

2) Höhestadium. Bei schwererem Verlauf agitiertes Delirium mit krampfartigen, direkten motorischen Reizerscheinungen, dann „mussitierenden" Delirien, Kollaps und eventuell Tod.

3) Kritischer Schlaf, welcher sehr tief und langdauernd ist.

Nicht selten kommen Rezidive des Delirium tremens vor.

Die Dauer des typischen Delirium tremens beträgt meist 3 bis 6 Tage. Selten kommen Delirien mit wochenlangem Verlauf vor.

Verlaufsabarten:

Abortives } Delirium tremens.
Chronisches }

Delirium tremens sine tremore.

Delirium tremens febrile (bis 42 °), zum Teil mit schweren meningitischen Erscheinungen.

Niedere Temperaturen bei Delirium tremens siehe S. 32.

Die Prognose hängt ab vom Zustand des Herzens und der Nieren. Sie ist durch die Bettbehandlung viel günstiger geworden, als früher bei der viel geübten Isolierung.

Als diagnostisches Hilfsmittel, auch gegenüber der einfachen Trunkenheit des chronischen Alkoholisten, ist das obengenannte Ablesenlassen vom leeren Blatt sehr zu empfehlen.

Aehnliche Zustandsbilder, wie beim Delirium tremens, können auch im Verlauf der progressiven Paralyse entstehen. Hier entscheiden natürlich, wenn vorhanden, die spinalen Innervationsstörungen, unter anderem die reflektorische Pupillenstarre, welche durch den chronischen Alkoholismus niemals hervorgerufen wird.

Dadurch, daß viele chronische Alkoholisten **endogen** schwachsinnig, paranoisch, zirkulär, willensschwach sind, wird sowohl die Prognose bei solchen Alkoholisten ungünstig, als auch die Diagnose schwierig, indem eine episodische endogene Aufregung bei chronischem Alkoholismus natürlich ganz anders zu bewerten ist, als ein einfaches episodisches Delirium tremens eines im übrigen geistesgesunden Menschen. Selbstverständlich kann aber auch ein Paranoiker oder Schwachsinniger ein echtes Delirium tremens alcoholicum durchmachen.

Die Behandlung des Delirium tremens besteht in sofortiger Ueberweisung in die Anstalt (siehe S. 87). Narkotika sind in derselben gewöhnlich zu entbehren.

Während bei einem Teil der Alkoholdeliranten stärkere Störungen des Gedächtnisses für frische Eindrücke (Merkfähigkeit) vermißt werden, sind sie bei der Mehrzahl der Alkoholdeliranten vorhanden. Hiermit, durch die Desorientiertheit und durch gelegentliche Konfabulationen, zeigt das Delirium tremens seine innere Verwandtschaft mit der gleich zu besprechenden sogenannten Korsakowschen Psychose (benannt nach einem russischen Neurologen, welcher 1887 dieses Krankheitsbild zuerst beschrieb). Auch die gelegentlich bei Korsakowscher Krankheit (und doppelseitigen Parieto-occipital-Erkrankungen) zu findenden Störungen des Distanzschätzens u. s. w., monokulares Doppeltsehen kommen beim Delirium tremens vor.

2. **Die Korsakowsche Geistesstörung,** die amnestische (auch „polyneuritische") Psychose.

Sie entwickelt sich oft aus einem, dem Delirium tremens ähnlichen Zustand. Als charakteristisch für sie darf gelten die erhebliche **Störung des Gedächtnisses für frische Eindrücke** (vergl. S. 5). Außer dieser Gedächtnisstörung finden sich als mehr oder weniger hervortretende weitere Symptome:

die Desorientiertheit in Raum und Zeit,
die Konfabulationen (S. 6),
die retrograde Amnesie (S. 5),

also sämtlich Symptome, welche Gedächtnisstörungen irgend welcher Art darstellen und zum Teil Folgeerscheinungen der primären Merkfähigkeitsstörung sind. Dabei können diese Kranken bei oberflächlicher Beobachtung einen ruhigen, geordneten, vernünftigen Eindruck machen. Auch die Aufmerksamkeit scheint nicht gestört zu sein.

Die alkoholistische Korsakowsche Psychose ist eine schwerere Erkrankung, als das Delirium tremens. Auch neurologische Symptome (Polyneuritis, Hinterwurzelerkrankung mit Ataxie, nukleare und periphere Augenmuskellähmungen, kortikale Herdsymptome [Aphasie, Agraphie], Pachymeningitis haemorrhagica interna) sind dabei viel häufiger, als beim Delirium tremens alcoholicum. Manche Kranke mit Korsakowscher Krankheit sterben bereits im ersten Stadium (delirante Phase). Auch die Korsakowsche Krankheit kann mit völliger Genesung enden, ohne den geringsten Intelligenzdefekt. Oft genug allerdings bleiben auch dauernde psychische Schwächezustände zurück, so daß das Auftreten der Korsakowschen Psychose eher als ein prognostisch ungünstiges Zeichen gilt. Die Art des genossenen Alkohols (Schnaps ungünstiger, als Wein und Bier) mag bei dem Ausgang der Korsakowschen Krankheit nicht ohne Bedeutung sein.

Die alkoholistische Korsakowsche Geistesstörung kann mit und ohne Polyneuritis auftreten, ebenso wie eine alkoholistische Polyneuritis mit und ohne Korsakowsche Krankheit verlaufen kann.

Korsakowsche Geistesstörung und Polyneuritis haben keine einheitliche Aetiologie derart, daß sie lediglich durch den chronischen Alkoholismus verursacht werden. Vielmehr können gelegentlich auch andere Infektionen und Intoxikationen zu einer Polyneuritis, oder Korsakowschen Psychose, oder beiden führen.

Aehnliche klinische Bilder (ohne Polyneuritis), wie die Korsakowsche Psychose bei Alkoholismus, finden sich ab und zu bei progressiver Paralyse, Dementia senilis, Hirnerschütterung und Hirntumoren. Man kann in solchen Fällen vom „Korsakowschen Symptomenkomplex" sprechen. Es heißt als auch hier, bei einem der Korsakowschen alkoholistischen Geistesstörung ähnlichen, psychischen Zustand, ohne Vorurteil die gesamte neurologische Untersuchung des Kranken (reflektorische Pupillenstarre! Stauungspapille!) durchzuführen.

Namentlich werden, wie dies auch aus der Literatur hervorgeht, allzu oft entsprechende Zustandsbilder bei der progressiven Paralyse als echte alkoholistische Korsakowsche Krankheit diagnostiziert. Ein solcher diagnostischer und prognostischer Irrtum darf aber nicht stattfinden, wenn man sich streng an die Definition der reflektorischen Pupillenstarre hält. Wenn bei der Korsakowschen Geistesstörung Pupillenstörungen auftreten, so sind dieselben Folge von peripheren oder nuklearen Erkrankungen und dementsprechend erkennbar: absolute Starre, Ophthalmoplegie. Eine reine, länger dauernde reflektorische Pupillenstarre wird aber niemals durch den chronischen Alkoholismus hervorgerufen.

Während das Delirium tremens alcoholicum und die alkoholistische Korsakowsche Geistesstörung sich nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entwickeln, kommen auch ohne chronischen Alkoholismus, nach einem gewöhnlichen, oft nicht einmal hochgradigen Alkoholexzeß, akute transitorische Geistesstörungen vor, welche man als

3. **Pathologischen Rauschzustand** bezeichnen kann. Ein solcher besteht in einer, plötzlich einsetzenden, ein- bis mehrstündigen schweren Bewußtseinstrübung mit schreckhaften Halluzinationen, starker Angst, phantastischen Befürchtungen von Folterung und Abschlachtung, und dementsprechend, als motorischer Reaktion, mit sinnloser Tobsucht und Gewalttätigkeit. Nach tiefem Schlafe Genesung, gewöhnlich mit völliger Erinnerungslosigkeit für die Zeit des Rauschzustandes. Ein Teil dieser pathologischen Rauschzustände gehört wahrscheinlich zur Epilepsie. Jedenfalls aber — und dies ist wichtig — handelt es sich bei diesen sogenannten pathologischen Rauschzuständen um etwas von dem gewöhnlichen Rausch des normalen Menschen qualitativ (nicht nur quantitativ) Grundverschiedenes.

Auch ohne daß es zu solchen schweren, forensisch sehr wichtigen Störungen kommt, erweist sich ein Teil der Menschen (unter anderem Epileptiker, Schwachsinnige, aber auch geistig scheinbar Normale) als mehr oder weniger alkoholintolerant; d. h. geringe Alkoholmengen rufen Bewußtseinsveränderungen hervor, welche ihrem Wesen nach verschieden von dem gewöhnlichen Rausch sind. Diese Alkoholintoleranz kann nur zeitweise vorhanden sein; meist besteht sie aber dauernd.

4. **Die Alkoholepilepsie.** Das Delirium tremens alcoholicum wird öfters durch einen epileptischen Anfall eingeleitet. Die pathologischen Rauschzustände ähneln durchaus den schweren akuten Tobsuchtsanfällen bei Epilepsie. — Wenn der Alkohol, chronisch im Uebermaß genossen, wirklich ein Nervengift ist, so ist es an sich nicht unverständlich, daß der chronische Alkoholabusus, namentlich der dauernde Genuß der schädlichen billigen Schnapssorten, auch zu einer „epileptischen Veränderung des Gehirns“ führen kann. Aber andererseits können solche Alkoholisten mit epileptischen Erscheinungen auch genuine Epileptiker sein, mit für gewöhnlich sehr seltenen Anfällen (s. später), so daß sie selbst von ihrer Epilepsie nichts zu wissen brauchen; und der Alkoholabusus löst dann den epileptischen Anfall nur aus. Es läßt sich zur Zeit jedenfalls nicht mit Bestimmtheit behaupten, ob es wirklich eine echte Alkoholepilepsie gibt.

5. **Der chronische Alkoholismus** selbst soll, wie man annimmt, zu Charakterveränderungen, zu sittlicher Verrohung, Lähmung der Willenskraft und Arbeitslust, schließlich auch zur Intelligenzabnahme führen können.

Bei dem Zustandekommen solcher psychischen Symptome, wie auch des an vielen chronischen Säufern zu beobachtenden körperlichen Verfalles, der sogenannten Säuferkachexie, ist gewiß die Art des genossenen Getränkes von ausschlaggebender Bedeutung. Es ist von vornherein selbstverständlich, daß die billigen und schlechten Schnapssorten ganz anders auf das zentrale und periphere Nervensystem, sowie auf die anderen Körperorgane wirken müssen, als

Bier und Wein. Nicht also der Alkohol, als vielmehr die demselben beigemischten Stoffe (Fuselöl u. s. w.) rufen in erster Linie die schädigenden Wirkungen hervor. Dementsprechend bleiben viele chronische Alkoholisten, welche nur Bier und Wein konsumieren, gerade psychisch völlig gesund; von Charakterveränderung oder Intelligenzabnahme ist nichts zu merken.

Andererseits lassen sich bei Trinkern, welche in Irrenanstalten kommen, aber nicht wegen akuter alkoholistischer Geistesstörungen, oft genug pathologische Eigenschaften finden, welche ätiologisch nichts mit dem Alkohol zu tun haben. So erweist sich ein großer Teil der Gewohnheitstrinker als angeboren oder erworben schwachsinnig, als krankhaft willensschwach, als paranoisch, hypochondrisch, epileptisch, zirkulär. Bei solchen Gewohnheitstrinkern ist der chronische Alkoholismus nicht die Ursache der geistigen Abnormität, sondern ein Symptom der endogenen pathologischen Veranlagung. Deshalb wird auch bei solchen Individuen eine vorübergehende Unterbringung in Trinkeranstalten schwerlich eine Besserung oder Heilung vom Trunk bewirken. Je mehr man bestrebt ist, Gewohnheitstrinker eingehend psychologisch zu untersuchen, welche wegen chronischer Geistesabnormitäten in Berührung mit der Psychiatrie kommen, um so häufiger wird man bei ihnen eine angeboren abnorme Geistesanlage finden.

Speziell ist die Kombination von Alkoholismus und endogener Paranoia etwas Häufiges. Es ist zum mindesten noch unbewiesen, ob es einen wirklichen spezifischen Eifersuchtswahn der Trinker gibt. Der Kranke wird nicht paranoisch, weil er viel Alkohol konsumiert hat, sondern er ist von vornherein paranoisch und nebenher auch Trinker; und zwar kann er Trinker geworden sein infolge der Paranoia (Verstimmungen, Wahnideen u. s. w.), oder er ist mehr zufällig, bezw. aus äußeren Gründen (professioneller Alkoholismus) Trinker. Dementsprechend sind auch die scheinbaren „Heilungen“ des Eifersuchtswahnes der Trinker als Latenzzustände der Paranoia aufzufassen.

Eine Alkoholparalyse in dem Sinne, daß chronischer Alkoholismus eine echte progressive Paralyse hervorruft, gibt es nicht. Wenn chronische Alkoholisten paralytisch werden — was selbstverständlich möglich ist —, so wird es sich wohl um ein zufälliges Zusammentreffen handeln; oder aber der Kranke ist infolge der beginnenden Paralyse zum Trinker geworden. — Immerhin kann der psychische Zustand mancher chronischer Alkoholisten eine progressive Paralyse vortäuschen, namentlich bei Anwesenheit neurologischer Symptome (Ataxie, Sprachstörung u. s. w.) Eine definitive Diagnose ist dann manchmal erst nach längerer Beobachtung möglich. Reflektorische Pupillenstarre spricht stets für Paralyse.

Ganz offenkundig ist die Unabhängigkeit der Psychose vom Alkoholabusus bei der Dipsomanie (periodischen Trunksucht). Die **Dipsomanie ist streng zu trennen** vom chronischen Alkoholismus. Dipsomanen werden nicht geisteskrank, weil sie trinken; sondern sie trinken, weil sie endogen geisteskrank sind. Die Dipsomanie gehört teilweise zur periodischen Manie, resp. dem zirkulären Irresein, teilweise zur Epilepsie.

Zwischen dem akuten Alkoholrausch des Gesunden und dem Delirium tremens alcoholicum, welches erst auf dem Boden des chronischen Alkoholmißbrauches entstehen kann, ist folgender Unterschied wesentlich: daß in dem akuten Alkoholrausch Sinnestäuschungen gar keine besondere Rolle spielen, während sie beim Delirium tremens ein Hauptsymptom sind.

Demgegenüber ist bemerkenswert, daß andere berauschende Gifte, auch schon bei der ersten und einmaligen Berauschung, gewaltige Sinnestäuschungen bewirken — am meisten das Haschisch.

Aus den Erzählungen eines Reisenden, welcher einmal Haschisch genommen hatte[1]):

„Mein Körper löste sich auf und wurde durchsichtig. Ich sah sehr deutlich in meiner Brust das Haschisch, das ich gegessen hatte, in Gestalt eines Smaragd, dem Millionen kleine Funken entströmten. Meine Augenwimpern wurden unendlich lang und rollten sich auf wie Goldfäden auf kleinen Elfenbeinrädern, die mit staunenswerter Geschwindigkeit sich drehten. Um mich

1) Gautier, Theophil: Description des effets du Haschisch. Feuilleton de „La Presse“, 1843. Abgedruckt in Ann. méd. psychol., T. II, p. 470.

wirbelten und rollten Edelsteine in allen Farben; Arabesken und Verästelungen in kaleidoskopischem Wechsel. Zuweilen sah ich noch auf Augenblicke meine Genossen, aber verzerrt, halb Mensch, halb Pflanzen mit nachdenklichen Ibisgesichtern, auf einem Straußenbein stehend und mit so sonderbarem Flügelschlag, daß ich mich in meiner Ecke vor Lachen wälzte und, um das tolle Stück mitzuspielen, meine Kissen in die Luft warf, sie wieder auffing und sie tanzen ließ mit der Geschicklichkeit eines indischen Jongleurs. . . . In einem hellen Raum schwirrten unaufhörlich Tausende von Schmetterlingen, deren Flügel wie Fächer rauschten. Riesige Blumen mit kristallenem Kelch, goldene und silberne Lilien stiegen empor und entfalteten sich vor mir mit einem wahren Feuerwerksgeknatter. Mein Gehör war wunderbar geschärft. Ich hörte die Farben. Grüne, rote, blaue, gelbe Töne strömten mir zu in deutlich geschiedenen Wellen. Meine eigene Stimme schien mir so stark, daß ich nicht zu sprechen wagte aus Furcht, die Wände könnten einstürzen, oder ich würde wie eine Bombe platzen", etc.

Das Morphium ruft, im Gegensatz zum Haschisch, nur Euphorie hervor, dagegen, bei den meisten Menschen, keine Sinnestäuschungen. Auch kommt es beim chronischen Morphinismus nicht zu ähnlich charakteristischen Psychosen, wie es das Delirium tremens alcoholicum beim chronischen Alkoholismus ist. Viele Morphiumsüchtige sind keineswegs Geisteskranke. Zu kurzdauernden, meist ängstlich-erregten Verwirrtheitszuständen kann bei chronischen Morphinisten z. B. die plötzliche Morphiumentziehung führen. Im Zustande der dauernden Morphiumkachexie sind die Morphinisten dagegen gewöhnlich als „geisteskrank" anzusehen. Die meisten Morphinisten sind auch Alkoholisten, oder Cocainisten.

Zu beachten ist die Morphiummiosis, bei erhaltener Lichtreaktion (s. S. 41), sowohl bei der einmaligen akuten Vergiftung, wie auch beim chronischen Morphinismus, solange noch keine Entziehung, oder Abstinenz stattfand. Während der Entziehung oder Abstinenz können die Pupillen auch weit werden.

Eine Morphiumentziehungskur erfordert 1 bis 2 Jahre.

Beim chronischen Cocainismus treten akute Verwirrtheitszustände, mit schreckhaften Halluzinationen, auf. In diesem Stadium sind die Kranken sehr gemeingefährlich, auch selbstmordgefährlich.

Bei der **Urämie** können beobachtet werden

1) anfallsartige Störungen: Kopfschmerzen, Migräne, Ohnmachten, Krämpfe, akute transitorische Verwirrtheitszustände, so daß das Bild der Epilepsie vorübergehend entstehen kann;

2) längerdauernde Störungen, Kopfschmerzen, Benommenheit, Geistesstörungen mit Verwirrtheit und bald mit maniakalischer bald depressiver Färbung, oder katatonischen Symptomen.

Dadurch daß die Retinitis albuminurica der Stauungspapille sehr ähnlich werden kann, kann durch Kombination der urämischen Benommenheit, samt Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, Krämpfen, der Symptomenkomplex des akuten Hirndruckes (Hirntumor) entstehen.

Eine Urämie sollte niemals verkannt werden dürfen. Denn die Untersuchung des **Urins** Geisteskranker gehört ebenso zum integrierenden Bestandteil der Untersuchung Geisteskranker, wie z. B. die Untersuchung der Pupillenverhältnisse.

Indes kann die Diagnose dadurch erschwert werden, daß (s. S. 32) starke Albuminurie auch bei Geisteskrankheiten eintreten kann, anscheinend ohne anatomische Nierenläsion und ohne daß eine urämische Störung vorliegt. Hier wird die Herzhypertrophie, die Mengen der granulierten Zylinder, Harnmenge und spezifisches Gewicht, Oedeme und, wenn sie vorhanden ist, auch die Retinitis albuminurica auf die richtige Diagnose führen.

Die Behandlung der Urämie ist diejenige der Nephritis (Diaphorese, heiße Bäder, Digitalis etc., Milch; eventuell Aderlaß und Kochsalzinfusionen).

Die urämische Störung bezeichnet man auch als Autointoxikation, weil die Urämie offenbar durch ein Gift erzeugt wird, welches im Körper selbst entsteht.

Von einer Autointoxikation kann man auch sprechen bei dem sogenannten myxödematösen Irresein. Die Schilddrüse ist ein Organ, welches durch vier starke Arterien Blut erhält; sie besitzt aber keinen Ausführungsgang. Man kann annehmen, daß die Schilddrüse das stets in reichlicher Menge durchströmende Blut entgiftet. Wird die Schilddrüse operativ entfernt oder durch eine Krankheit (Geschwulst, Entzündung) gänzlich vernichtet, so können einmal körperliche Erscheinungen auftreten (Abmagerung, Verfall, Schwäche, Zittern), unter ihnen namentlich das Myxödem, d. h. eine besondere Art der Hautinfiltration — andererseits aber auch psychische Erscheinungen, wie Apathie und fortschreitende Intelligenzabnahme, auch Depression. Abgesehen vom Kretinismus (siehe später) kommen aber in der Psychiatrie die Schilddrüsenerkrankungen und hierdurch verursachte Selbstvergiftungen des Körpers gar nicht in Betracht. Geisteskranke haben genau so gesunde — oder kranke — Schilddrüsen, wie Geistesgesunde.

Ebensowenig sind die allfälligen psychischen Störungen bei einigen Blutkrankheiten (Leukämie), Leberkrankheiten (akute gelbe Atrophie) u. s. w. für die Psychiatrie auch nur von der allergeringsten praktischen Bedeutung. Daß Diabetes mellitus (S. 32) und Gicht keine Geistesstörungen hervorzurufen vermögen, wurde schon früher erwähnt. Die gesamte „Autointoxikation" spielt in der Psychiatrie nur eine ganz untergeordnete Rolle.

Die Fieber- und Infektions- bezw. Intoxikationsdelirien werden in der Regel leicht erkannt durch Berücksichtigung der Anamnese und **Temperatur**, sowie der sonstigen Körperuntersuchung. Fieber- und Toxinwirkung lassen sich gewöhnlich nicht trennen. Die Fieberhöhe allein pflegt bei Erwachsenen nicht zu Delirien zu führen. So kann ein Kranker mit Febris recurrens bei 42° psychisch ganz frei sein, während ein Sepsiskranker bei 38° bereits stark verwirrt ist.

Die Kranken mit Infektionsdelirien delirieren (S. 6), wie schon der Name sagt, d. h. sie sind mehr oder weniger verwirrt und haben Sinnestäuschungen. Sie sind dabei bald maniakalisch heiter und ideenflüchtig, bald ängstlich erregt. Bisweilen (Typhus abdominalis, Influenza, Encephalitis, Polyarthritis, Chorea minor u. s. w.) führt die Infektionskrankheit zu stärkeren, auch anatomisch nachweisbaren Erkrankungen im Gehirn; dann kann auch die Geistesstörung die Infektionskrankheit überdauern. Meist aber schwindet das Delirium mit der Besserung der Grundkrankheit.

Auch der Korsakowsche Symptomenkomplex kann durch Infektion oder bakterielle Intoxikation erzeugt werden (s. S. 102).

Je nach dem Auftreten der psychischen Störung im Verlaufe der Infektionskrankheit hat man Inkubations-, Initial-, Deferveszenz- und Kollapsdelirien, neben dem Delirium während der Höhe der Krankheit unterschieden. Doch ist diese Unterscheidung eine mehr äußerliche und gewöhnlich auch nicht streng durchführbar.

Bemerkenswert ist das auffallend leichte Auftreten von Delirien bei Kindern mit hohen Temperaturen infolge harmloser Infektionen (Angina). Im Gegensatz hierzu fehlt bei den infektiösen psychischen Störungen der Greise gewöhnlich eine entsprechende Temperatursteigerung.

In ganz seltenen Fällen können auch infektiöse Delirien jenen höchsten Grad furibundester Tobsucht erreichen, den man mit dem Namen „Delirium acutum" zu bezeichnen pflegt (s. S. 20).

Die Behandlung der Fieberdelirien richtet sich im allgemeinen nach der Grundkrankheit; dabei Bäder, bei Kindern kalte Packungen, bei Erwachsenen leichte Schlafmittel (Alkohol, etwas Morphium). Mit Antipyreticis Vorsicht, wegen Gefahr des Kollapses. Nachtwache!

Fieber- und Infektionsdelirien gelangen nur sehr selten in die psychiatrische Klinik, ebensowenig andere im Vorstehenden nicht aufgeführte akute Ver-

giftungen, wie Kohlenoxyd, Atropin u. s. w., wie überhaupt, abgesehen vom Alkoholismus und vielleicht der Urämie, die Vergiftungen in der Psychiatrie eine höchst untergeordnete Rolle spielen. Nur im Volksglauben vermag ein Abdominaltyphus, wegen seiner populären Bezeichnung „Nervenfieber", zu einer endogenen Psychose zu führen. Auch jene gefährlichen organischen Gifte, wie das Wurstgift (Botulismus) rufen niemals Trübungen des Sensoriums oder gar Psychosen hervor, trotzdem sie notorische Nervengifte sind, indem sie, dem Atropin an Wirkung ähnlich, zur Augenmuskellähmung führen können. Würden, ausgenommen Alkohol und Lues, die Vergiftungen und Infektionen nicht existieren, so würde die Psychiatrie in ihrem Aussehen hierdurch nicht verändert werden.

II. Die umschriebenen Hirnkrankheiten.

Alle Geistesstörungen sind Hirnkrankheiten. In dieses Kapitel gehören die umschriebenen und einige mehr oder weniger diffuse Hirnkrankheiten, in deren Gefolge es zu Geistesstörungen kommen kann, aber nicht kommen muß. Und zwar sollen hier nur Hirnkrankheiten aufgeführt werden, welche sich erst im späteren Leben zu entwickeln pflegen, oder sich zeigen, auch wenn, wie dies z. B. bei einigen Hirntumoren (Gliom) und anderen Krankheiten (multiple Sklerose) wahrscheinlich ist, der Keim zur Hirnkrankheit angeboren ist. Die eigentlichen Entwickelungshemmungen und Entwickelungsstörungen des Gehirnes werden bei dem Abschnitt: Angeborener Schwachsinn, mit abgehandelt werden.

A. Die vom Gefäßsystem ausgehenden Hirnerkrankungen.

1. Die nicht infektiösen Erkrankungen.

Hämorrhagie, Berstung eines Gefäßes, mit Zertrümmerung von Hirnsubstanz.

Embolie, Thrombose: Verstopfung eines Gefäßes und Infarktbildung, ischämische Nekrose mit folgender Encephalomalacie, mit weißer, roter oder gelber Erweichung oder Cystenbildung.

Je nachdem die durch ein solches Ereignis eintretende umschriebene Hirnzerstörung ein im Wachstum begriffenes Hirn trifft, oder erst nach Vollendung des Wachstums, entstehen verschiedene klinische und anatomische Bilder. Bei der umschriebenen Hirnzerstörung im frühen Kindesalter kommt es in der Regel zu dem klinischen Bilde der Porencephalie (cerebrale Kinderlähmung), welche später, bei dem angeborenen oder in früher Jugend erworbenen Schwachsinn, beschrieben werden soll.

Während die Embolie der Gehirnarterien in jedem Lebensalter auftreten kann, sofern nur im Kreislauf ein Entstehungsort für embolische Pfröpfe vorhanden ist (Endocarditis, atheromatöse Geschwüre, auch fortgeschwemmte venöse Thromben, bei Kommunikation beider Vorhöfe des Herzens u. s. f.), entsteht die nicht infektiöse und nicht traumatische Hirnhämorrhagie und Thrombose gewöhnlich erst im späteren Lebensalter, als Folge einer spezifischen Arterienveränderung, der **Arteriosklerose.**

Die Arteriosklerose ist im höheren Lebensalter eine physiologische Erscheinung und kann sich auch im Gehirn in stärkstem Maße bei Personen finden, welche bis zum Tode ihre volle Intelligenz bewahrt haben, während andererseits bei Dementia senilis eine stärkere

Arteriosklerose oft genug vermißt wird. Der Prozeß der cerebralen Arteriosklerose läßt also, solange er nicht durch Ruptur oder Veränderung des Lumens der Arterien schädlich wirkt, die Intelligenz intakt; er führt nicht zur Geistesstörung. Ebensowenig darf man von einer bei der Sektion gefundenen Arteriosklerose auf Geistesstörung im Leben schließen.

Als Aetiologie der Arteriosklerose ist also an erster Stelle das höhere Lebensalter zu nennen. Tritt die Arteriosklerose schon im früheren Leben auf, so muß man zunächst an eine angeborene Anlage zur Arteriosklerose denken. Wer viele Sektionen von Spitalsinsassen, z. B. weiblichen Geschlechts, gesehen hat, ist oft auf das höchste erstaunt, die stärksten Grade der Sklerose, z. B. der Aorta und der Hirngefäße, zu finden bei weiblichen Wesen mittleren Alters, welche jahre- und jahrzehntelang im Krankenhause ein beschauliches Dasein geführt haben, fern von jeder exogenen Schädlichkeit, welche man mit mehr oder weniger Berechtigung als Ursache der Arteriosklerose anzusehen geneigt ist. Gerade die Psychiatrie soll hier den Arzt lehren, daß, ebenso wie im Gehirn (bei Entstehung der endogenen Geistesstörungen), so auch in den übrigen Körperorganen die angeborene Anlage zur Krankheit zunächst zu berücksichtigen ist, auch wenn letztere sich erst nach voller Entwickelung des Körpers zeigte. Ein allzueifriges Suchen nach exogenen Ursachen bei solchen Krankheiten muß in die Irre führen.

In manchen Familien kann man von einer hereditären Disposition zur frühzeitigen Arteriosklerose sprechen. Ferner findet sich Arteriosklerose oft bei Diabetes und Gicht, Krankheiten, welche ebenfalls auf einer angeborenen abnormen „Beschaffenheit des Protoplasma“ beruhen.

Weiterhin werden Alkoholismus und Lues als ätiologische, oder wenigstens beschleunigende Faktoren für die Arteriosklerose bezeichnet, gewiß auch nicht ohne Berechtigung, da sowohl Alkohol wie Lues protoplasmatische Gifte sind, welche auch andere Körperorgane vorübergehend oder dauernd zu schädigen vermögen. Andererseits darf aber nie vergessen werden, daß viele chronische Alkoholisten und Luetiker ein auffallend zartes Gefäßsystem haben.

Arteriosklerose bei Schrumpfniere; deshalb sind auch Kranke mit Schrumpfniere und erhöhtem Blutdruck in besonderem Maße zu Hirn-Hämorrhagien geneigt. — Auch andauernde schwere Körperarbeit hat man als Ursache oder Verschlimmerung der Arteriosklerose angesehen.

Was sonst noch als Ursache der Arteriosklerose angesprochen wird (z. B. Nikotin), erhebt sich nicht über den Wert bloßer Vermutung.

Die Erkennung der Arteriosklerose im allgemeinen gehört in das Gebiet der inneren Medizin; hier sei nur hervorgehoben, daß bei starker peripherer Arteriosklerose die visceralen Gefäße ganz zart, oder daß z. B. bei cardialer Sklerose die cerebralen Arterien ohne sklerotische Veränderungen sein können. Auch die Sklerose der Retinalgefäße ist kein strikter Beweis dafür, daß die Gehirnarterien sklerotisch sein müssen.

Eine umschriebene Hirnzerstörung infolge Hämorrhagie, Embolie oder Thrombose führt, wenn die akuten Erscheinungen geschwunden sind, an sich keineswegs zur Geistesstörung; nur entstehen, je nach dem Sitz des Herdes, Ausfallerscheinungen. Eine bevorzugte Stelle der Hämorrhagie ist die innere Kapsel, Zerstörung derselben bewirkt Hemiplegie der anderen Seite, Zerstörung im Gebiete der Sehstrahlung Hemianopsie (S. 37), der linken Inselgegend kortikale Aphasie (S. 45), gewöhnlich kombiniert mit rechtsseitiger Hemiplegie oder Hemiparese.

Kranke mit solchen Hirnherden können jahrelang völlig intelligent bleiben; es ist z. B. ein schwerer diagnostischer Fehler, einen Aphasischen als „dement“ zu bezeichnen. Auch ist eine umschriebene Hirnzerstörung an sich noch kein Grund, eine üble Prognose anzunehmen. Solche Hirnherde können einen durchaus stationären Zustand darstellen.

Oder aber es kommt, nach kürzerer oder längerer Zeit, langsam oder schnell, zur progressiven Intelligenzabnahme mit Störung von

Apperzeption, Gedächtnis, Identifikation, Kombination. Kranke in diesem Stadium sind als diffus Hirnkranke zu betrachten; auch der körperliche Verfall, gewisse trophische Störungen (Hautzerstörungen u. s. w.) bleiben dann nicht aus; und der Endzustand kann demjenigen einer progressiven Paralyse sehr ähnlich werden.

Ein ähnliches klinisches Bild zunehmender allgemeiner Verblödung kann auch dadurch zu stande kommen, daß die Hirnsubstanz allmählich an mehreren Stellen durch Herde zerstört wird (was sich klinisch mehr oder weniger deutlich durch „Schlaganfälle“ anzeigt), oder daß, durch Verengerung des Lumens der Gefäße, eine dauernde Schädigung der Hirnsubstanz eintritt. Hierdurch entsteht, abgesehen von allfälligen Herdsymptomen, ein progressiver Schwachsinn, zum Teil mit Erregungszuständen, Tobsucht, sinnlosem Schreien, bis zu den höchsten Graden des Blödsinns. Da bei solchen Kranken auch das Rückenmark erkranken kann, sowohl absteigend als Degeneration der Pyramidenbahnen (d. h. also mit spastischen Beugekontrakturen), als auch in mehr diffuser Weise, so kann die Unterscheidung von der progressiven Paralyse klinisch manchmal fast unmöglich werden. Indes wäre ein diagnostischer Irrtum wenigstens in solchen schweren Fällen nicht sehr bedeutungsvoll, weil derartige diffuse, von den Gefäßen ausgehende Hirnerkrankungen ja ebenfalls progressiv verlaufen und tödlich enden. Früher hat man diese Krankheiten auch zur progressiven Paralyse gezählt. Differentialdiagnostisch ist immer an der Wichtigkeit der reflektorischen Pupillenstarre festzuhalten, welche nur bei Paralyse (und Tabes) vorkommt. Es gibt keine reflektorische Pupillenstarre bei einer Geistesstörung „auf arteriosklerotischer Basis“. Wenn also reflektorische Pupillenstarre vorhanden ist, so spricht dies für progressive Paralyse.

Die leichteren Grade dieser Gehirnerkrankung infolge Erkrankung der Hirngefäße gelangen gewöhnlich nicht in die Beobachtung des Psychiaters. Das hervorstechendste Symptom ist die Insuffizienz des Gehirns, die Gedächtnisabnahme und die gesteigerte Ermüdbarkeit; dazu Neigung zu Ohnmachten, Schwindel- und „Schlaganfällen“. Dieser Zustand kann viele Jahre lang stationär bleiben; doch haben solche Kranke gewöhnlich auch stärkere Herz- und Nierenerkrankungen, an denen sie zu Grunde gehen, wenn nicht eine stärkere Gehirnblutung dem Leben ein Ende macht.

Es ist wichtig zu wissen, daß, ebenso wie die Hirngeschwülste, so auch die Herde nach Hirnhämorrhagie etc. die Ursache von epileptiformen Anfällen leichter und schwerer Art werden können. Je später im Leben der erste epileptische Anfall einsetzt, um so mehr muß man mit der Möglichkeit einer umschriebenen Hirnerkrankung (Blutung oder Tumor) rechnen.

Die Prognose dieser Hirnkrankheiten bei Gefäßverkalkung ist für den Einzelfall nicht immer im voraus zu bestimmen, im allgemeinen aber stets ernst, zumal bekanntlich „Schlaganfälle“ sich wiederholen können und dadurch die Gefahr der akuten Verschlimmerung oder des plötzlichen Todes jeden Augenblick gegeben ist.

2. Die infektiösen Hirnerkrankungen.

Die Syphilis des Zentralnervensystems befällt mit Vorliebe die Gefäße, in zweiter Linie die weichen Häute und endlich tritt sie als umschriebene Geschwulst auf (Gumma).

Die Gefäßerkrankung ist eine Endarteriitis mit starker Wucherung der Intima, bis zur Verstopfung der Gefäße und Erweichung von Hirnsubstanz.

Die Meningitis luetica befällt häufig die Basis des Gehirns und führt zu Lähmungen einzelner Hirnnerven.

Das Gumma kann alle Symptome der Hirngeschwulst hervorbringen.

Dadurch, daß sich Endarteriitis, Meningitis (oder Meningo-encephalitis) und Gumma in dem gleichen Gehirn kombinieren können, kann ein sehr wechselreiches Krankheitsbild mit neurologischen (Tumorsymptome, Hirnnervenlähmungen, Anfälle und sonstige Reiz- und Lähmungserscheinungen) und psychischen Symptomen entstehen (Benommenheit, Sopor, Delirien, depressive und amentiaähnliche Zustände u. s. w.). Ein gewisser plötzlicher Wechsel, namentlich auch der psychischen Erscheinungen kann manchmal den Verdacht auf die luetische Natur der Hirnkrankheit lenken. Eine spezifische luetische Psychose giebt es nicht.

Die abgeheilte Lues cerebri soll einen mehr oder weniger starken Schwachsinn hinterlassen können.

So selten in den psychiatrischen Kliniken und Irrenanstalten sich Kranke mit bestehender oder abgelaufener Lues cerebri finden, so häufig sind **endogen** Geisteskranke, welche sich Lues acquiriert haben, sei es zufällig, vor Ausbruch der Psychose, oder dadurch, daß die Geistesstörung (Dementia, Hypomanie) sie haltloser gemacht und damit auch mehr der luetischen Infektion ausgesetzt hat. Nicht jede Psychose eines luetisch Gewesenen ist demnach eine syphilitische Psychose! Das gilt namentlich von den stationären Schwachsinnszuständen der Dementia simplex (praecox). Hat man einen Schwachsinnigen zu untersuchen, der syphilitisch infiziert gewesen ist, so wird man stets zu fragen haben: ist dieser Schwachsinn eine Folge luetischer Hirnkrankheit? oder eine endogene Erkrankung, welche unmittelbar mit der Syphilis gar nichts zu tun hat?

Bemerkenswert ist ferner die Tatsache, daß endogen Geisteskranke, 20 bis 30 Jahre lang nach ihrer luetischen Infektion, dauernd in psychiatrischer Beobachtung, nicht paralytisch geworden sind.

Die gewöhnliche Syphilis-Hypochondrie (ohne neurologische Symptome) hat mit einer organischen luetischen Hirnerkrankung nichts zu tun; sie wird später bei der Hypochondrie erwähnt werden. —

Die sonstigen infektiösen Hirnerkrankungen (tuberkulöse und epidemische Meningitis, Encephalitis u. s. w.) kommen für die Psychiatrie kaum in Betracht.

B. Hirngeschwulst und Hirnabsceß.

Man muß unterscheiden zwischen der Diagnose auf chronischen Hirndruck und derjenigen auf Hirntumor (bezw. Hirnabsceß). Meist fällt chronischer Hirndruck und Hirntumor zusammen. Aber es gibt

1) den Symptomenkomplex des chronischen Hirndruckes, ohne Hirntumor, z. B. bei Hydrocephalus. Ferner sind Fälle von „Hirnschwellung“ (Pseudotumor cerebri) beschrieben worden, welche mit den Erscheinungen des chronischen Hirndruckes einhergingen, ohne daß ein Tumor, Hydrocephalus und sonstige Herderkrankung des Gehirnes vorlag;

2) den Hirntumor ohne Hirndruck. Wenn Hirndrucksymptome dauernd fehlen, dann ist die Diagnose auf Hirntumor gewöhnlich außerordentlich schwierig, oft nur als Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu stellen, bei langsamer Weiterentwickelung von Lokalsymptomen.

Der klinische Symptomenkomplex des Hirndruckes beim **Hirntumor** entsteht dann, wenn es zu einem Mißverhältnis kommt zwischen dem zur Verfügung stehenden Schädelinnenraum und dem durch Tumor

und Hydrocephalus vergrößerten Gehirn. Von den sogenannten klinischen Hirndrucksymptomen haben Erbrechen, Puls- und Atmungsanomalien einen mehr untergeordneten Wert; sie sind mehr der Ausdruck für akute Volumensänderungen des Gehirns und fehlen oft beim einfachen chronischen Hirndruck. Dagegen soll ein länger dauernder **Kopfschmerz** stets den Verdacht auf Hirndruck und Hirngeschwulst lenken. Das objektivste Symptom des Hirndruckes intra vitam ist die **Stauungspapille.**

Psychisch äußert sich der allgemeine Hirndruck in einer mehr oder weniger starken Benommenheit und Schlaftrunkenheit, die sich bis zu Sopor und Bewußtlosigkeit steigern kann. Daneben kommen auch Verwirrtheitszustände und manchmal Aufregungen vor.

Außer psychischen Erscheinungen können Hirntumoren einmal epileptiforme Anfälle bewirken und dann, je nach dem Sitz, Lokalsymptome, welche denen bei Hämorrhagien oder Embolien mehr oder weniger gleichen.

Zentralwindungen: Reizerscheinungen oder Lähmungen der gekreuzten Extremitäten; Parästhesien in denselben.

Linke Inselgegend: Aphasische Störungen.

Occipitallappen: Gekreuzte Hemianopsie.

Chiasma: Bitemporale Hemianopsie (s. S. 37); Opticusatrophie.

Hirnschenkel: Hemiplegia alterans oculomotoria (S. 49).

Vierhügel: Augenmuskellähmungen.

Brücke: Hemiplegia alternans facialis (S. 49).

Kleinhirn: Cerebellare Ataxie. Eventuell Zwangshaltungen, Zwangsbewegungen etc.

Durch Fernwirkung, durch multiples oder diffuses (Sarkomatose etc.) Auftreten der Tumoren können Kombinationen dieser Erscheinungen entstehen.

Fehlen allgemeine Hirndruckerscheinungen, so ist als das für Hirngeschwulst charakteristische Symptom anzusehen die dem Wachstum des Tumors entsprechende langsame Weiterentwickelung lokaler Symptome.

Allgemeine Hirndrucksymptome können beim Tumor akut entstehen und verschwinden.

Ihrer histologischen Eigenart nach kommen im Gehirn vor: Sarkome, Gliome, Endotheliome, Gummata (siehe S. 110), Cysticerken und Echinokokken, Tuberkel.

Nicht nur Endotheliome und Cholesteatome, sondern auch Sarkome, Tuberkel und Gliome können jahrelang symptomlos im Gehirn herumgetragen werden.

Es muß daran festgehalten werden, daß die einzelnen Gehirne auf den gleichen Tumor in ganz verschiedener Weise reagieren können, sowohl bezüglich des Verhaltens des Hirndruckes, als auch der begleitenden Geistesstörung.

Bezüglich des Hirndruckes scheint das Lebensalter von großer Bedeutung zu sein. Je jünger ein Individuum, um so stärker pflegt der Hirndruck zu sein, um so größer auch die charakteristische Benommenheit. Je älter ein Individuum, um so häufiger wird Hirndruck vermißt, weil in dem gleichen Verhältnis zum Wachsen des Tumors das Gesamthirn einem Schwunde anheimfällt. Klinisch wird sich eine derartige Allgemeinerkrankung des Gehirns als selbständige, vom Hirndruck unabhängige Geistesstörung dokumentieren.

Die Beziehungen zwischen Hirntumor und Geistesstörung können demnach sein:

1) Der Hirntumor ruft Hirndruck hervor und somit die für letzteren charakteristische Benommenheit.

2) Der Hirntumor verläuft ohne Hirndruck und ohne Stauungspapille.

a) Es tritt keine Geistesstörung auf.

b) Der Hirntumor führt zu einer Erkrankung des gesamten Gehirns (Hirnschwund, Hirnschwellung etc.), und als Folge davon zu einer uncharakteristischen Geistesstörung. Solche uncharakteristische Hirntumorpsychosen können sich als Erregungs- oder Depressionszustände, auch als paralyseähnliche Krankheitsbilder äußern.

Früher hat man angenommen, daß frühzeitiges und hervorstechendes Auftreten psychischer Störungen bei Gehirngeschwülsten auf den Sitz des Tumors im Stirnhirn hinweise. Diese Annahme hat sich aber als falsch herausgestellt; denn

1) können Stirnhirngeschwülste und sonstige Stirnhirnerkrankungen ganz ohne psychische Symptome verlaufen;

2) können auch bei Tumoren anderer Hirnregionen als erstes Symptom psychische Störungen auftreten;

3) hat man zu untersuchen vergessen, inwieweit bei Stirnhirngeschwülsten mit psychischen Erscheinungen das Gesamthirn erkrankt war.

3) Es liegt eine zufällige Kombination einer endogenen Psychose mit einem Hirntumor vor.

4) Kombinationen zwischen 1 bis 3.

Von praktischer Bedeutung ist, daß man namentlich auch bei unbestimmten psychischen Erscheinungen (z. B. „Hysterie") im Kindesalter in erster Linie mit auf Hirngeschwulst untersuchen soll.

Bei dem **Hirnabsceß** fehlt ein stärkerer Hirndruck viel häufiger als beim Hirntumor. Der Augenspiegel findet nur leichte oder überhaupt keine Schwellung der Papille. Auch Fieber kann fehlen. Die Herdsymptome sind die gleichen wie bei den Hirngeschwülsten (speziell Störungen des Sprachverständnisses bei Schläfenlappenabscessen links). Ebenso treten gelegentlich epileptiforme Anfälle auf. Auch die psychischen Zustände sind ähnlich variabel wie beim Hirntumor.

Die überwiegende Mehrzahl der Hirnabscesse sind fortgeleitete Abscesse von einer Otitis media mit Caries des Felsenbeines. Bei jedem, auch noch so geringen Verdacht auf Hirnabsceß hat der Arzt die absolute Pflicht, auf eine sofortige **Ohrenuntersuchung** durch den Spezialarzt zu dringen. Ein großer Teil der Hirnabcesse ist operabel; die Operation gibt bessere Chancen als diejenige des Hirntumors.

Also: Augenuntersuchung und Ohrenuntersuchung bei dem geringsten Verdacht auf Hirntumor und Hirnabsceß.

C. Die traumatische Hirnverletzung.

Die Geistesstörungen nach Trauma verlangen eine etwas ausführlichere Besprechung, da infolge der Unfallgesetzgebung jeder Arzt in die Lage kommen kann, sich über Unfallkranke gutachtlich äußern zu müssen. — Die so außerordentlich zahlreich nach „Unfällen" beobachteten „nervösen" Beschwerden („traumatische Neurosen" infolge „psychischer" Einwirkung des Traumas) sollen erst später, im Anschluß an die Hypochondrie, behandelt werden, während hier nur diejenigen abnormen Geisteszustände zur Sprache kommen sollen, welche infolge mechanischer Wirkung der Verletzung eintreten können.

Die Kopfverletzungen haben in der Anamnese und Aetiologie der Geistesstörungen früher eine große Rolle gespielt; und zwar hat man unter die Etikette „Kopfverletzung" nicht nur Hirnerschütterungen und schwere Schädelverletzungen gebracht, sondern auch ganz harmlose Verwundungen und nebensächliche Ereignisse.

Wenn nun
1) tagtäglich viele Kopfverletzungen geschehen, und
2) tagtäglich viele Menschen endogen geisteskrank werden,

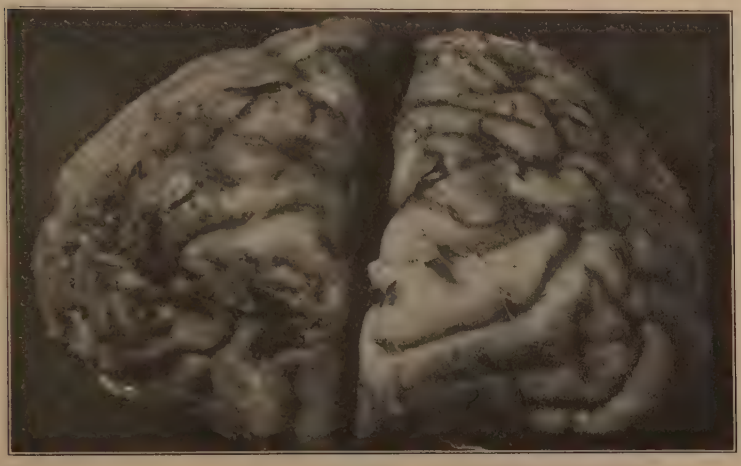


Fig. 31. Kontusionsherde an der Spitze und Basis des rechten Stirnlappens. Primär-traumatische (auf der Fig. nicht sichtbare) diffuse Hirnrindenveränderungen. 67-jährige Kranke. Fall die Treppe herunter. Wochenlang charakteristisch desorientiert. Dann anschließend posttraumatische Demenz. Tod 3 Jahre nach der Verletzung im tiefsten Marasmus.

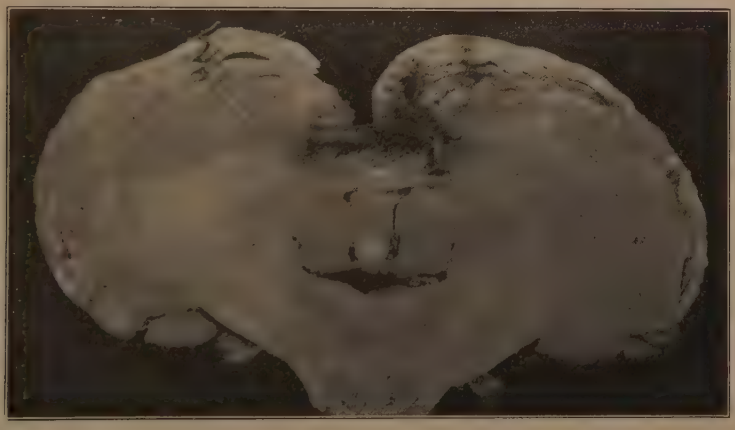


Fig. 32. Umschriebene traumatische Zerstörung im Kleinhirn. Dieselbe Kranke wie in Fig. 31.

„— so ist es selbstverständlich, daß es auch endogen Geisteskranke geben muß, die früher einmal eine Kopfverletzung erlitten haben. Nun lehrt aber weiterhin die tägliche Erfahrung:

1) daß die ganz überwiegende Mehrzahl der Kranken mit Kopfverletzungen niemals endogen geisteskrank wird, und

2) daß die ganz überwiegende Mehrzahl der endogen Geisteskranken niemals eine Kopfverletzung früher erlitten hat.

Man kann also nicht gut von einem kausalen Zusammenhange reden, wenn durch die Macht des Zufalles einmal ein endogen Geisteskranker vor Ausbruch der Geisteskrankheit am Kopfe verletzt wurde. Gewiß wäre der endogen Geisteskranke auch geisteskrank geworden

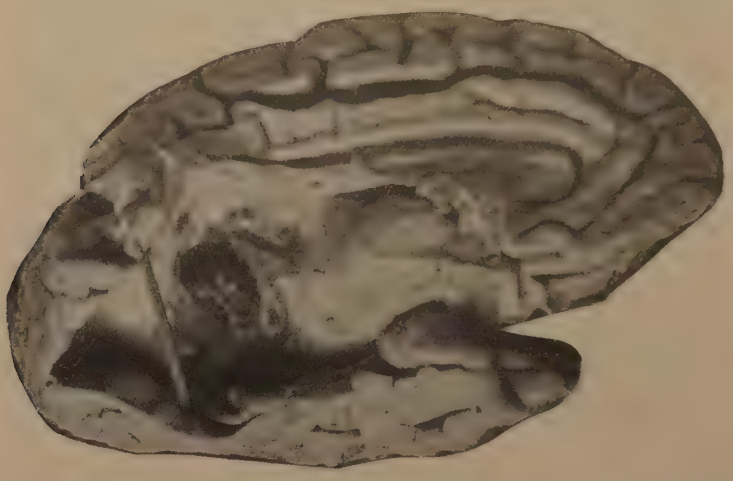


Fig. 33. Umschriebene traumatische Zerstörung im Innern des Gehirns. Die Gehirnoberfläche ist intakt. 69-jähriger Mann, vom Lastwagen überfahren; Oberschenkelfraktur. Schwere delirante Tobsucht. Tod 6 Wochen nach der Verletzung.

ohne vorangegangene Kopfverletzung. Da aber, nach dem Kausalitätsbedürfnis des Publikums und vieler Aerzte, jede endogene Psychose unbedingt eine exogene Veranlassung haben oder wenigstens durch eine solche „ausgelöst" werden muß, so wird die Kopfverletzung, oft genug harmlosester Art, zur Ursache der endogenen Geistesstörung. Den Verwandten eines Kranken kann es niemand verargen, wenn sie der vorangegangenen Kopfverletzung einen großen ätiologischen Wert beimessen; aber der die Anamnese erhebende Arzt muß diesen Angaben gegenüber eine ebenso große Kritik entwickeln und nicht alles als Tatsache niederschreiben.

Diejenigen Geisteskrankheiten, welche besonders gern mit einem Trauma in Verbindung gebracht werden, sind die Idiotie, Epilepsie, Paralyse, vielleicht auch die Manie, weniger das Jugendirresein.

1. Idiotie. Wenn es während der Geburt oder im späteren kindlichen Leben zu umfangreichen Blutungen in die Hirnsubstanz oder zu anderen Hirnbeschädigungen kommt, so sind diese Hirndefekte selbstverständlich von Bedeutung für die spätere geistige Entwickelung des Kindes, welches hierdurch schwachsinnig werden kann. Nur handelt es sich hierbei gar nicht um „Idiotie", sondern um Schwachsinn bei groben organischen Hirndefekten — Porencephalie (s. später). Der Druck, den das kindliche Gehirn bei einer Geburt — auch einer pathologischen — erleidet, führt für sich allein niemals zur Idiotie. Das Gehirn des Neugeborenen vermag ohne Schädigung einen Druck auszuhalten, welcher dem erwachsenen Gehirn den schwersten Schaden zufügen würde. Die Mehrzahl der Idioten und Epileptiker hat eine ganz normale Geburt durchgemacht. Andererseits ist hinreichend bekannt, daß schwerer Geburtsverlauf, Asphyxie des Kindes während desselben u. s. w. — und normale spätere Intelligenzentwickelung so häufig sind, daß hierüber nicht weiter diskutiert zu werden braucht.

Nach dem, was im folgenden von dauernden Gedächtnisstörungen nach

Hirnerschütterung oder Hirnverletzung gesagt werden wird, ist es an und für sich auch plausibel, daß bei Kindern nach einer schweren Hirnerschütterung (mit oder ohne zirkumskripte Hirnzertrümmerung) auch das Gedächtnis mehr oder weniger leidet und daß hierdurch die intellektuelle Weiterentwickelung des Verstandes entsprechend beeinträchtigt wird. Dem gegenüber muß aber gesagt werden: Wenn das Gehirn des Kindes so organisiert ist, daß es schadlos den schwersten Druck aushalten kann, so wird es auch gegen mechanische Einflüsse anderer Art widerstandsfähiger sein. Die kindliche Hirnmaterie ist zweifellos ganz anders geartet als die Hirnmaterie des Erwachsenen. — Tatsächlich ist nun eine mangelhafte Verstandesentwickelung beim Kinde, ausschließlich als Folge einer notorischen Hirnerschütterung, etwas ganz außerordentlich Seltenes. Wenn in der Anamnese von Idioten so oft von einem Fall auf den Kopf berichtet wird (welches Kind wäre nicht auf den Kopf gefallen!), so drückt sich hierin nur die Ueberschätzung aus, welche das Kopftrauma in der Anschauung des Publikums als ätiologisches Moment genießt (daher auch die Redensart: „Der ist nicht auf den Kopf gefallen", d. h. er ist nicht idiotisch, sondern sehr intelligent). Die Eltern eines idiotischen Kindes wollen und können es einfach nicht glauben, daß das Kind ein ganz gewöhnlicher Idiot ist, sondern es muß zur Erklärung der Idiotie der „Fall auf den Kopf" herangezogen werden. — Bei der Mehrzahl der Idioten fehlt jede derartige Hirnläsion, ebenso wie ein encephalitischer Prozeß, in utero oder post partum. Vielmehr kennt man die Aetiologie der endogenen Idiotie ebensowenig wie die der anderen endogenen Psychosen.

2. Epilepsie. Aehnlich, wie infolge spontaner Hirnhämorrhagie, Hirngeschwulst oder sonstiger Herderkrankung epileptiforme Zustände ausgelöst werden können, ebenso können letztere auch die Folge sein einer traumatischen Hirnzerstörung. Allerdings ist eine solche echte traumatische Epilepsie anscheinend etwas recht Seltenes. Mit der eigentlichen, genuinen Epilepsie haben aber die epileptischen Erscheinungen nach traumatischer Hirnzerstörung nichts zu tun. Ebenso wie die genuine, endogene Idiotie, so entsteht auch die genuine Epilepsie ohne ätiologisches Kopftrauma.

Meistenteils ist der Zusammenhang zwischen Epilepsie und Kopftrauma gerade ein umgekehrter, als das Publikum annimmt. Wenn ein Arbeiter vom Gerüst stürzt und in der Folge dauernd an Epilepsie leidet, so wird die Laienansicht dahin gehen, daß er infolge seines „Unfalles" epileptisch geworden ist, während er tatsächlich erst infolge eines epileptischen Anfalles vom Gerüst gestürzt ist. Oder: Genuine Epileptiker können, namentlich unter Alkoholwirkung, außerordentlich reizbar und jähzornig sein. Sie werden deshalb auch in erhöhtem Maße das Opfer von Schlägereien, die für sie mit einem Kopftrauma enden können. Nur war dann auch hier das Kopftrauma nicht die Ursache der Epilepsie, sondern eine Folge derselben. —

Es ist ferner absolut feststehend, daß eine Anzahl Epileptiker außerordentlich selten Anfälle hat, — daß Pausen von 10, ja auch 20 Jahren zwischen zwei Anfällen eintreten können. Solche Leute wissen vielleicht gar nicht, daß sie epileptisch sind. Jedenfalls aber treibt sie niemals ihre Epilepsie zum Arzte. Tritt nun zufällig, nach irgend einem harmlosen „Unfall", einem Schreck u. dergl. ein epileptischer Anfall auf, so kommt auch der Arzt gar zu leicht in Versuchung, bei der Begutachtung die Ursache der Epilepsie in dem „Unfall" zu suchen. Wenn daher ein Arzt einen Unfallkranken mit epileptischen Erscheinungen zu begutachten hat, soll er sich stets als erste Frage vorlegen:

Ist die Unfallverletzung wirklich derart, daß man wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit behaupten kann: die Epilepsie sei Folge der Verletzung? Oder

Ist vielleicht der Verletzte genuiner Epileptiker?

Es muß als ein großer Vorteil betrachtet werden, wenn der behandelnde Arzt, welcher das erste Gutachten über den Unfallverletzten ausstellt und vielleicht denselben schon von früher kennt, diese Frage aufwirft und zu beantworten versucht. Wenn aber erst Jahr und Tag nach der Verletzung der Obergutachter entscheiden soll, ob der „Unfall" die Ursache der, wahrscheinlich genuinen, Epilepsie ist, so ist diese Frage gewiß meist unlösbar, und mancher „Unfallkranke" erhält wegen seiner genuinen Epilepsie, die nunmehr für ihn ein großes Glück bedeutet, eine dauernde hohe Rente. — So ergibt sich gerade auch hier in der Unfallpraxis, bei den Beziehungen zwischen Epilepsie und Trauma, für den Arzt die Notwendigkeit des **Mißtrauens** und der objektiven

Kritik den Angaben des Verletzten und seiner Angehörigen gegenüber, welche selbstverständlich das größte Interesse daran haben, die Unfallrente zu bekommen, abgesehen davon, daß ihnen das Kausalitätsbedürfnis diktiert, Unfall und genuine Epilepsie in ätiologische Beziehung zu bringen.

3. Progressive Paralyse. Daß ein Kopftrauma eine echte Paralyse hervorrufen kann, muß verneint werden. Wenn bisher zum Teil das Gegenteil behauptet werden konnte, so handelte es sich

1) entweder um paralyscähnliche Zustandsbilder („Dementia posttraumatica"),

2) oder um einen Unfall, welcher durch die Paralyse erst verursacht wurde (paralytischer Anfall, Ataxie),

3) oder um ein rein zufälliges Koinzidieren. Denn ein großer Teil der, Unfälle erleidenden, Arbeiter befindet sich in demjenigen Lebensalter, in welchem die Paralyse aufzutreten pflegt. Da wird es wohl auch vorkommen, daß der gleiche Arbeiter

a) einen Unfall erleidet, und b) paralytisch wird, ohne daß beides etwas miteinander zu tun hat.

Pupillenstörungen sind infolge eines Kopftraumas öfters zu beobachten: Verletzungen des Auges selbst oder der Nervi ciliares, bezw. des Oculomotorius, Blutungen in das Ganglion ciliare, in die Kernregion des Oculomotorius, Verletzungen des Opticus, wenn die Schädelbasisfraktur ihren Weg durch den Canalis opticus genommen hat (s. S. 37) u. s. w. Demgegenüber ist es noch gänzlich unbewiesen, daß es eine reine, isolierte, reflektorische Pupillenstarre traumatischen Ursprungs gibt, ohne sonstige neurologische, speziell spinale Symptome. Eine reine traumatische reflektorische Pupillenstarre (deren Entstehung theoretisch möglich wäre), darf nur dann diagnostiziert werden, wenn der Nachweis erbracht ist, daß der Kranke kurz vor dem Unfall eine normale Pupillenreaktion gehabt hat (also daß keine angeborene Starre vorliegt, s. S. 40) und daß ferner der Kranke nicht im Lauf der nächsten Jahre an Tabes oder Paralyse erkrankt. Das Vorhandensein einer reinen reflektorischen Pupillenstarre spricht also jedenfalls immer für echte Paralyse.

Gerade die gewöhnlich bilateral symmetrisch auftretenden Reflex- und Bewegungsstörungen und überhaupt der elektive Charakter der Rückenmarkskrankheit bei der Paralyse lassen schwerlich die Annahme zu, daß sie die Folge eines einzelnen Ereignisses sein können, von welchem man, wenn überhaupt, dann nur diffuse Erkrankungen erwartet. Das traumatische Entstehen einer Syringomyelie läßt sich sehr wohl diskutieren, nicht aber dasjenige einer Tabes und progressiven Paralyse.

4. Die Manie, oder besser: die einzelnen Anfälle der periodischen Manie oder des manisch-depressiven Irreseins sollen durch Kopfverletzungen „ausgelöst" werden können. Es fehlt hierbei nun aber jeder Beweis, daß der betreffende „ausgelöste" maniakalische Anfall nicht auch ohne jede Kopfverletzung genau zur gleichen Zeit aufgetreten wäre. Außerdem ist zu bedenken, daß dem eigentlichen Ausbruch der Manie oft ein mehr oder weniger langes Stadium der Reizbarkeit oder der exaltierten Stimmung vorausgehen kann, und daß wenigstens Schlägereien (mit folgender Kopfverletzung) bereits Zeichen der beginnenden Manie sein können. —

Alles in allem läßt sich über die Beziehungen zwischen Trauma und endogener Geistesstörung nur der zu Beginn dieses Abschnittes gebrachte Satz wiederholen: Auf der einen Seite steht die große Anzahl von Menschen mit Kopfverletzungen — auch schwerer Natur —, welche niemals an endogener Psychose erkranken;

und auf der anderen Seite die große Anzahl von Menschen mit endogenen Geisteskrankheiten, welche niemals eine Kopfverletzung erlitten haben. Es ist nicht nur unbewiesen, sondern auch im allerhöchsten Maße unwahrscheinlich, daß das Auftreten endogener Geistesstörungen in irgendwelcher Abhängigkeit steht zu Kopfverletzungen.

Es ist deshalb ferner auch nur eine Konzession an das Kausalitätsbedürfnis, wenn man von einer „Prädisposition zur endogenen Geistesstörung durch das exogene Trauma" spricht. Es ist weiterhin noch gänzlich unbewiesen, ob ein Mensch mit schwerer Hirnerschütterung z. B. mehr zur Dementia oder Katatonie „disponiert" ist, d. h. leichter und eher an ihr erkrankt, als er ohne Hirnerschütterung erkranken würde, — ferner ob er bei hereditärer Belastung und Anlage für endogene Geisteskrankheiten auch mehr zur exogenen Hirnerschütterungspsychose disponiert ist, als ohne Belastung und ohne endogene Anlage.

Traumatische Hirnverletzungen und bestimmte, mit **Hirnerschütterung** einhergehende Traumen vermögen eine Reihe mehr oder weniger charakteristischer Geistesstörungen hervorzurufen, welche man bestimmt als **exogene Geistesstörungen** deshalb bezeichnen kann, weil ohne Kopfverletzung der Betreffende nicht an dieser Geistesstörung erkrankt wäre.

Wenn im Anschluß an schwere Schädeltraumen (Impression, Schußverletzung, Zertrümmerung durch große Gewalt, durch Blutergüsse, vielleicht sogar mit folgender Infektion der Wunde) akute schwere Hirnverletzungen und Geistesstörungen auftreten, so ist dies von vornherein selbstverständlich und bedarf keiner Diskussion. Auch pflegen solche Verletzungen mit Geistesstörung bei Begutachtung durchaus keine Schwierigkeiten zu machen. Wenn ein Kranker mit schwerer Schädelimpression (nachdem die akuten Erscheinungen abgeheilt sind) über eine Anzahl Beschwerden klagt, so darf man diese ihm glauben. Es ist nur bemerkenswert und muß immer wieder hervorgehoben werden, wie häufig schwere traumatische Hirnverletzungen (nachdem die akuten Erscheinungen geschwunden sind) und vorzügliche dauernde Intelligenz sich kombinieren; trotz einzelner, durch die Hirnverletzung gesetzter, dauernder, umschriebener Ausfallerscheinungen kann der Verstand jahrzehntelang normal bleiben.

Auch die Nachkommenschaft hat durchaus keinen Nachteil davon, wenn ihr Erzeuger ein traumatisch lädiertes Hirn hat. So war z. B. ein Mann mit schwerer Hirnverletzung im Jahre 1883 26 Jahre alt. Er ist dann, mit seiner Aphasie und seinen Lähmungen, geheiratet worden und hat jetzt (1906) zwei normale und kräftige, zu Ende der achtziger Jahre geborene Söhne, denen man durchaus nichts anmerkt, daß ihr Erzeuger ein lädiertes Hirn hatte, — ebensowenig wie den vielen Kindern eines anderen Kranken, welche dieser, trotz seiner schweren Hirnverletzung vom Jahre 1886, mit seiner ersten und zweiten Frau erzeugte. — Derartige exogene Hirnkrankheiten werden demnach nicht vererbt und schädigen auch die Nachkommenschaft nicht.

Im folgenden soll nun hauptsächlich von jenen diffusen Hirnschädigungen (mit oder ohne Schädelfraktur, mit oder ohne dauernde folgende Hirnverletzung [Kontusionsherde]) gesprochen werden, welche sich an den klinischen Symptomenkomplex der **Hirnerschütterung** anschließen.

Die klinischen Symptome der Hirnerschütterung sind:

Die Bewußtlosigkeit, bald nur momentan vorhanden (Schwindel, ohne daß der Kranke hinstürzt), bald stunden- oder tagelang, in Coma übergehend.

Unregelmäßigkeiten von Puls (welcher verlangsamt sein kann) und Atmung (schwach, manchmal ebenfalls verlangsamt).

Erbrechen.

Puls- und Atmungsanomalien, Erbrechen weisen auf Mitbeteiligung des verlängerten Markes hin.

Die Intensität dieses klinischen Symptomenkomplexes entspricht nicht immer der Intensität der zu Grunde liegenden Hirnschädigung. Eine anscheinend „schwere“ Hirnerschütterung heilt klinisch rasch und dauernd aus, eine scheinbar „leichte“ dagegen hat zu starken bleibenden Hirnzerstörungen, ja auch (in seltenen Fällen) zur Nekrose großer Hirnteile und zum Tod geführt.

Es ist hieraus jedenfalls der Schluß zu ziehen, daß nicht bloß die Schwere der klinischen Symptome, sondern auch die Art des Unfalles selbst berücksichtigt werden muß bei der Beurteilung: dauernde Hirnverletzung? oder restlose Heilung?

Andererseits stehen aber auch manchmal die Gewalteinwirkungen anscheinend gar nicht im Verhältnis zu den alarmierenden akuten Symptomen oder der Schwere der dauernden Verletzung. Hirnerschütterungen und Hirn-

kontusionen können auch entstehen durch Fall auf das Gesicht, auf das Gesäß, Sprung auf die Fersen bei durchgedrückten Knien u. s. w.

Deshalb muß dem Arzte immer wieder die Mahnung zugerufen werden, den ersten Untersuchungsbefund bei Unfallverletzten, welcher bei späterer gutachtlicher Beurteilung so außerordentlich wichtig ist, so genau und detailliert wie möglich niederzuschreiben. Auch das Negative hat großen Wert. Bei äußeren Verletzungen, wenn möglich, Photographie dem Gutachten beilegen!

Wie wenig darauf zu geben ist, wenn der Unfallverletzte später von „Bewußtlosigkeit direkt nach dem Unfall" spricht, wurde bereits früher (S. 74) erwähnt.

In der Mehrzahl der Fälle von Hirnerschütterung besteht keine stärkere Inkongruenz zwischen Intensität des Trauma, klinischem Bild und Schwere der Läsion. Das Gehirn reagiert auf ein stärkeres Trauma mit dem typischen Bild der Hirnerschütterung, aus welchem sich, früher oder später, die **traumatische Psychose** entwickeln kann:

I. Die **akuten** Störungen nach Hirnerschütterung (abgesehen von der Bewußtlosigkeit).

1) Dämmerzustände, in denen die Betreffenden sich vielleicht ganz korrekt benehmen und folgerichtig handeln können. Doch fehlt ihnen später, teilweise oder völlig, die Erinnerung an alles, was während dieser Dämmerzustände vorgefallen ist und was sie selbst getan und gesprochen haben.

2) Zustände von partieller oder totaler Desorientiertheit.

Ein sehr gutes Beispiel hierfür bietet ein Erlebnis Bismarcks[1]), welcher infolge einer heftigen Hirnerschütterung einen vorübergehenden Zustand von Desorientiertheit mit Amnesie und Konfabulationen (s. S. 5 u. 6) hatte:

„Früher aber, da hatte ich einen merkwürdigen Zufall, der zeigt, wie das Denken des Menschen doch von seinem körperlichen Gehirn abhängt. Ich war mit meinem Bruder abends auf dem Heimwege, und wir ritten, was die Pferde laufen wollten. Da hört mein Bruder, der etwas voraus ist, auf einmal einen fürchterlichen Knall. Es war mein Kopf, der auf die Chaussee aufschlug. Mein Pferd hatte vor der Laterne eines uns entgegenkommenden Wagens gescheut und war mit mir rückwärts überschlagen und auch auf den Kopf gefallen. Ich verlor die Besinnung, und als ich wieder zu mir kam, hatte ich sie nur halb wieder. Das heißt, ein Teil meines Denkvermögens war ganz gut und klar, die andere Hälfte war weg. Ich untersuchte mein Pferd und fand, daß der Sattel gebrochen war. Da rief ich den Reitknecht und ließ mir sein Pferd geben und ritt nach Hause. Als mich da die Hunde anbellten — zur Begrüßung — hielt ich sie für fremde Hunde, ärgerte mich und schalt auf sie. Dann sagte ich, der Reitknecht sei mit dem Pferde gestürzt, man solle ihn doch mit einer Bahre holen, und war sehr böse, als sie das auf einen Wink meines Bruders nicht tun wollten. Ob sie denn den armen Menschen auf der Straße liegen lassen wollten? Ich wußte nicht, daß ich ich war, und daß ich mich zu Hause befand, oder vielmehr, ich war ich selber und auch der Reitknecht. Ich verlangte nun zu essen, und dann ging ich zu Bette, und als ich ausgeschlafen hatte, am Morgen, war es gut." — „Es war ein seltsamer Fall: Den Sattel hatte ich untersucht, mir ein anderes Pferd geben lassen, und dergleichen mehr — alles praktisch Notwendige tat ich also. Hierin war durch den Sturz keine Verwirrung der Begriffe herbeigeführt. Ein eigentümliches Beispiel, wie das Gehirn verschiedene Geisteskräfte beherbergt; nur eine davon war durch den Fall länger betäubt worden."

Von einer anderen ähnlichen, aber längerdauernden Geistesstörung mit Desorientiertheit lautete der ärztliche Bericht:

„Herr Apotheker Y wurde am 6. Januar 1889 durch einen Schlag mit dem Maßkrug auf offener Straße nachts 1/2 12 Uhr am Kopfe schwer verletzt. Zustand 24 Stunden später: Auf der linken vorderen Schädelhälfte eine 1/2 cm tiefe, 4—5 cm lange Wunde. Der Kranke war bewußtlos, Puls 60 Schläge in der Minute, Atmung verlangsamt, tief. Am dritten Tage kehrte das Bewußtsein zurück, und der Kranke erinnerte sich genau an alle Details des

1) Moritz Busch, Graf Bismarck. Leipzig 1878, Bd. 1, S. 339.

Ueberfalles. Einige Tage später erzählte er den Sachverhalt in anderer Weise, war zugleich von der fixen Idee befangen, er befinde sich nicht in seinem Heimatsort, sondern in Z., bei seinem Kollegen. Sein eigenes Inventar, Kleidungsstücke etc. bezeichnete er als diesem Herrn gehörig; als ihm ruhig und bestimmt sein Irrtum darzulegen versucht wurde, erhielt man die Antwort: „Apotheker G. hat seine Sachen den meinen genau nachbilden lassen; es hat so den Anschein, als sei ich in meiner Heimat. Es ist aber nicht der Fall; bei einer guten Portion Idealismus kann man sich solches einbilden." — Während dieser Zustand ununterbrochen bis 8. Februar 1889 standhielt, hoben sich die körperlichen Kräfte von Tag zu Tag. Niemals Fieber. Die Wunde war primär verheilt. Am 8. Februar 1889 unternahm der Arzt mit seinem Patienten eine Schlittenfahrt zu einem Freund im gleichen Orte. Beim Anblick seines Freundes schwand sofort die fixe Idee des Kranken; derselbe erklärte, er sei nun wieder in seiner Heimat. — Herr Apotheker Y ist noch nicht im stande, seine Berufspflichten andauernd zu erfüllen. Nach der geringsten Anstrengung stellt sich starke Ermüdung ein."

Die Aussagen der Verwandten des Kranken bestätigten nur diese Schilderung: Er hat völlige Erinnerung an die Vorgänge und kann alles selbst erzählen. Nach der Verletzung ist er hingestürzt, konnte aber nach Hause gehen und besorgte alles in Ordnung. Nachdem der Verband angelegt war, glaubte er im Spital zu C. zu sein. In den ersten zehn Tagen schlief er dann viel und schwatzte dazwischen dummes Zeug. Dann bezog er alles auf den Ort Z., in welchem er noch nie gewesen war. „Auf einmal (auf der Schlittenfahrt) ist mir der Geist gekommen: Was bist Du für ein dummer Kerl." Dann war er abends meist unklar, sagte: „Ich komme in ein ganzes Labyrinth hinein." Am anderen Morgen sagte er dann endlich: „Jetzt sehe ich alles ein." Früher stets gesund; kein Alkoholismus. Auch späterhin normal; nur etwas Schwäche beim Gehen, ab und zu ein leichter Schreibfehler, bei geistiger Anstrengung leicht Ermüdung. — Auch nach der letzten Nachricht vom Februar 1904 ist der nunmehr 69 Jahre alte Herr gesund und rüstig.

Solche Zustände von Desorientiertheit nach Hirnerschütterung können verbunden sein mit Apathie (das häufigere), oder mit Erregung und Tobsucht (das seltenere; im letzteren Falle fehlen auch gewöhnlich nicht stärkere Verwirrtheit und Sinnestäuschungen). Ferner können aphasische und asymbolische (s. S. 37) Erscheinungen auftreten. Das Lautlesen kann paraphasisch sein.

Ein Kranker nach Hirnerschütterung las:

(Das Mädchen aus der Fremde.)
In einem Tal keinen Ufern Kisten
Kirten nach diesen jenen Tier
Kurfaß diesen Tierchen mirren
Einen Fichter schön und wunderbar
In mir nicht in der Nacht geboren
Mirandern nicht andere sich vorn
Und knille war ihre Frau noch lorn
Die Loren sowie nach dem . . . etc.

Durch Kombination mehrerer solcher (und anderer) Symptome können die Kranken vorübergehend den Eindruck des vollendeten Blödsinns machen, so daß man an das Bestehen von progressiver Paralyse denken kann, bis nach wenigen Wochen die Geistesstörung völlig abgeheilt ist. — Auch Zeichen stärkerer akuter Hirnreizung: Trismus, epileptiforme Zustände, ferner Innervationsstörungen seitens der Hirn- oder Rückenmarksnerven, vorübergehender oder (Kontusionsherde) mehr dauernder Natur.

Ueber traumatische Pupillenstörungen siehe S. 116.

3) Aus der Bewußtlosigkeit oder aus einem mehr uncharakteristischen deliranten Stadium kann sich ein typischer Korsakowscher Symptomenkomplex entwickeln (s. S. 102), welcher mit der unter 2 geschilderten Desorientiertheit sehr nahe verwandt ist.

Die Prognose dieser akuten Störungen ist im allgemeinen — die gute Prognose der Hirnerschütterung an sich vorausgesetzt — gut. Leichte psychische Störungen schwinden schon nach Stunden; stärkere nach Tagen oder Wochen. Die Kranken werden wieder völlig geistesgesund und bleiben es auch. Namentlich tritt, was besonders wichtig ist, keine „traumatische Neurose“ (s. später) ein, wenn nicht ein „Unfall“ vorlag, d. h. Rentenansprüche erhoben werden konnten. Nur in den selteneren Fällen kommt es zu den im folgenden zu schildernden dauernden Gedächtnis- und sonstigen Intelligenzstörungen, zu epileptischen Erscheinungen oder zum Schwachsinn.

II. Die **chronischen** Störungen nach Hirnerschütterung und Hirnverletzung.

1) Die retrograde Amnesie (s. S. 5). Der Verletzte weiß nichts von dem Trauma selbst, ebensowenig von allen Ereignissen kürzere oder längere Zeit vor der Verletzung. Durch nachträgliche Erzählungen seitens anderer Personen kann diese — an sich wenig störende — Gedächtnislücke schwinden.

2) Dauernde Störungen des Gedächtnisses für frische Eindrücke (Merkfähigkeit), auch öfters verbunden mit Verlust bestimmter früher erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten (umschriebene aphasische, agraphische etc. Störungen; Verlust der musikalischen Kenntnisse u. s. w.). Solche Kranke, welche zweifellos dauernde Hirnstörungen haben, können trotzdem lebenslang hochintelligent bleiben.

Ein großer Teil der akuten und chronischen psychischen Störungen nach Hirnerschütterungen sind demnach **Gedächtnisstörungen.**

3) Epileptiforme Erscheinungen, als Folge der umschriebenen traumatischen Hirnzerstörung, ebenso wie ja auch nach spontanen Hirnhämorrhagien epileptiforme Anfälle auftreten können (s. S. 109).

Ueber Epilepsie und Trauma vergl. S. 115. Hat man einen Kranken mit traumatischer Hirnverletzung und periodisch auftretenden epileptiformen Erscheinungen, so ist stets die Frage zu erörtern (S. 67):
Könnte der Kranke nicht primär epileptisch sein?

4) Ein Schwachsinn verschiedener Intensität, eventuell auch progressiv verlaufend. Dieser Schwachsinn kann sehr bald nach der Verletzung sich entwickeln (wenn die Hirnzerstörung von vornherein diffuser Natur war),

oder erst Jahr und Tag nach der Verletzung sich zeigen. In letzterem Falle entspricht er dem gelegentlich nach spontanen Hirnhämorrhagien auftretenden Schwachsinn (s. S. 109).

Weshalb die einen Kranken mit traumatischer Hirnzerstörung lebenslang intelligent bleiben und die anderen Kranken in Schwachsinn verfallen, ist nicht ohne weiteres ersichtlich. Abgesehen von der Intensität der Verletzung spielt möglicherweise das Lebensalter hierbei eine sehr wichtige Rolle, indem im höheren Lebensalter, bei Arteriosklerose der Gehirnarterien, dann vielleicht auch bei chronischem Alkoholismus u. s. w. die Prognose bezüglich der völligen Wiederherstellung des Verstandes nach Hirnläsion eine weniger gute ist, als im Jugend- und rüstigen Mannesalter. Kinder und jugendliche Wesen pflegen auch schwere Hirnerschütterungen auffallend gut und ganz ohne bleibende Intelligenzschädigung zu überstehen. Man darf sich ja nicht etwa denken, als ob das „Pubertätsalter“ deshalb besonders zu den exogenen Geistesstörungen nach Hirnerschütterung disponiere, weil im 2. und 3. Lebensjahrzehnt endogene Geistesstörungen entstehen können.

Stets ist nun auch möglich, daß längere oder kürzere Zeit nach einer schweren Hirnverletzung

a) rein zufällig eine endogene Geistesstörung das gleiche Individuum befällt, oder

b) eine endogene Geistesstörung mit einem posttraumatischen Schwachsinn sich verbindet.

Eine echte Melancholie, Manie oder Paranoia wird man nicht gut mit einer früheren Hirnerschütterung zusammenbringen können (s. S. 113ff.); hier würde man sich demnach für ein zufälliges Koinzidieren entscheiden können. Wo aber auf die traumatische Hirnzerstörung ein Schwachsinn folgt, wird es intra vitam in der Regel unmöglich sein, zu sagen: Ist es ein traumatischer, oder endogener Schwachsinn, oder eine Kombination zwischen beiden?

Jedenfalls aber muß man sich bei Trauma und Geistesstörung unter allen Umständen stets die diagnostische Frage vorlegen:

Ist es eine echte traumatische, **oder eine zufällig koinzidierende endogene Geistesstörung?**

Pathologisch-anatomisch kann das Gehirn eines an Hirnerschütterung akut im Shok Verstorbenen, abgesehen von Hyperämie, makroskopich normal erscheinen. Starb dagegen der Kranke erst einige Tage nach dem Ereignis, so pflegt die Gehirnsubstanz größere oder kleinere Nekrosen aufzuweisen; oder sie ist mehr oder weniger in einen blutigen Brei verwandelt. In anderen Fällen überwiegen die intra- und extraduralen Hämatome. Während ein intradurales Hämatom aber auch spontan entstehen kann (Pachymeningitis haemorrhagica interna), sind die extraduralen Hämatome (also zwischen Dura und Schädel) stets als traumatische anzusehen.

Bleibt der Kranke nach dem Trauma zunächst am Leben und stirbt später interkurrent, so kann sich das Hirn

1) als intakt erweisen, oder

2) es finden sich umschriebene Herde (z. B. an der Basis des Stirn- und Schläfenlappens, Fig. 31), welche aber mit normaler Intelligenz sehr wohl vereinbar sind. Der Herd kann auch im Inneren des Gehirnes sitzen (Fig. 33); es ist also durchaus nicht nötig, daß die Hirnoberfläche Verletzungen aufweist.

3) es finden sich diffuse Hirnveränderungen

a) primär traumatische,

b) sekundäre.

An den Arzt kann die Aufgabe herantreten, festzustellen, ob früher (vor Jahren) überhaupt eine Gewalteinwirkung auf den Schädel stattgefunden hat. Hierfür sind wesentlich: Narben, Impressionen, Knochenverdickungen. Um diese exakt nachzuweisen, ist die Forderung aufzustellen, den **Kopf des Verletzten völlig rasieren** zu lassen. Weiterhin ist eine spezialärztliche Augen- und Ohrenuntersuchung zu veranlassen, ob sich an diesen Organen Ueberreste einer früheren traumatischen Einwirkung finden. Namentlich ist die **Ohrenuntersuchung** hierfür wichtig; denn traumatische Einrisse im Trommelfell, Frakturen des Hammers u. s. w. sind sehr häufige Ereignisse bei Schädelerschütterungen; ihr Vorhandensein spricht sehr für ein stärkeres Schädeltrauma.

Damit der Arzt nicht in die Gefahr kommt, angeborene Abnormitäten, morphologische Curiosa (Sattelkopf mit „Berg und Tal", kapselförmiges Hinterhaupt) für Folgen eines Trauma zu halten (siehe S. 34), soll er sich stets die Frage vorlegen:

Ist die vorhandene Abnormität keine angeborene?

d) Die übrigen Hirnkrankheiten.

Bei der multiplen Sklerose, der diffusen Gliose und anderen Hirnkrankheiten können auch psychische Schwächezustände vorkommen, die aber für die Psychiatrie praktisch ohne alle Bedeutung sind.

Die progressive Paralyse kann auch das Bild der multiplen Sklerose mit deren „Kardinalsymptomen" (Intentionstremor, skandierende Sprache,

Nystagmus) nachahmen; doch ist die Verblödung bei der Paralyse eine raschere und intensivere. Reflektorische Pupillenstarre würde für Paralyse sprechen.

HUNTINGTONsche Chorea mit Verblödung und gewöhnlich familiärem Auftreten; vergl. S. 53.

So wichtig die Krankheiten dieser großen Gruppe II für den praktischen Arzt sind (ebenso wie die Vergiftungen und Infektionen der Gruppe I), so selten sind diese Hirnkrankheiten im Krankenbestande der Irrenanstalten vertreten (ähnlich wie die Vergiftungen). Die ganz überwiegende Mehrzahl der Irrenanstaltsinsassen hat **keine** derartigen groborganischen Hirnläsionen, als deren Folge die Geistesstörung aufgetreten sein könnte. Viele solcher Kranker mit grobanatomischen Herdzerstörungen des Gehirnes kommen niemals in eine Irrenklinik, weil sie dauernd intelligent bleiben. Der Verlust eines Teiles von Hirnsubstanz macht an sich keineswegs geisteskrank, sofern sich keine diffuse Erkrankung an die lokale anschließt. Die endogen Geisteskranken hingegen haben Gehirne, welche nicht infolge äußerer Ereignisse, sondern infolge angeborener Anlage durchaus andere sind als die geistesgesunder Menschen. Die Gehirne endogen Geisteskranker lassen sich makroskopisch in keiner Weise von den Gehirnen Geistesgesunder unterscheiden; und größtenteils läßt sich auch mikroskopisch an ihnen nichts irgendwie Charakteristisches finden.

III. Die progressive Paralyse.

Die progressive Paralyse („Gehirnerweichung", „Größenwahn" im Volksmunde) ist eine organische Erkrankung des gesamten Zentralnervensystems, in deren Verlauf es auf psychischem Gebiete zu fortschreitendem **Blödsinn,** auf körperlichem Gebiet zu **Innervationsstörungen, Verfall und Tod** kommt.

Die progressive Paralyse ist nicht nur eine sehr häufige, sondern die praktisch wichtigste Geisteskrankheit, und zwar wegen ihrer quoad vitam **absolut ungünstigen Prognose** (siehe S. 68). Während bei den einfachen Geistesstörungen die prognostische Frage immer nur lautet: Wird der Kranke wieder gesund, oder wird er schwachsinnig?, — ist die Frage zu formulieren, sobald progressive Paralyse in den Kreis der Erwägungen gezogen wird: Führt die Geisteskrankheit zum **Tode**?

Prognostische und diagnostische Leitsätze für die progressive Paralyse:

1. Die progressive Paralyse ist eine fortschreitende, **unbedingt tödliche** Hirnkrankheit.

Es liegt also im Namen der „progressiven Paralyse",

1) daß die Krankheit einen Progressus zeigt, und

2) daß eine Paralyse eintritt, eine Lähmung, sowohl auf körperlichem wie auf geistigem Gebiete.

Der ebenfalls gebräuchliche Name „Dementia paralytica" bezeichnet die Krankheit als Blödsinn mit (körperlicher) Lähmung — im

Gegensatz zur Dementia simplex, bei welcher Lähmungserscheinungen auf körperlichem Gebiete fehlen.

Wer die Diagnose auf progressive Paralyse stellt, muß sich bewußt sein, daß er damit eine Todesprognose stellt.

2. Die progressive Paralyse kann vorübergehend die psychischen Erscheinungen aller Neurosen und einfachen („funktionellen") Psychosen vortäuschen, von der „Neurasthenie" an bis zur Dementia simplex und Paranoia.

Je frühzeitiger die Diagnose gestellt werden kann, um so vorteilhafter für die Angehörigen des Kranken (Gefahr der Verschwendungssucht mit Vergeudung des Vermögens; Gefahr krimineller Akte, Möglichkeit von plötzlichen Gewalttaten des Paralytikers).

3. Das klassische Lebensalter für die Paralyse ist das 35. bis 50. Lebensjahr.

Vor dem 30. und nach dem 60. Lebensjahre sind Paralysen auffallend selten (vergl. Fig. 34).

Bei allen Geistesstörungen und Neurosen („Neurasthenie") **im mittleren Lebensalter** ist in erster Linie an Paralyse zu denken.

4. Die Paralyse ist nicht nur eine organische Hirnkrankheit, sondern eine **Hirn-Rückenmarkskrankheit.**

Diejenigen Paralysen, bei denen das Rückenmark normal angetroffen wird, sind sehr selten.

Die Rückenmarkskrankheit der Paralyse ist entweder eine Erkrankung der

Hinterstränge: Reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe, Hypotonie, Ataxie (S. 52),

oder

Seitenstränge: Steigerung der Patellarreflexe, Hypertonie, spastische Zustände,

oder

Kombination der Seiten- und Hinterstrangerkrankung.

Die Hinterstrangerkrankung (und zwar dann meist gewöhnliche Tabes) kann der Paralyse lange Zeit voraus-

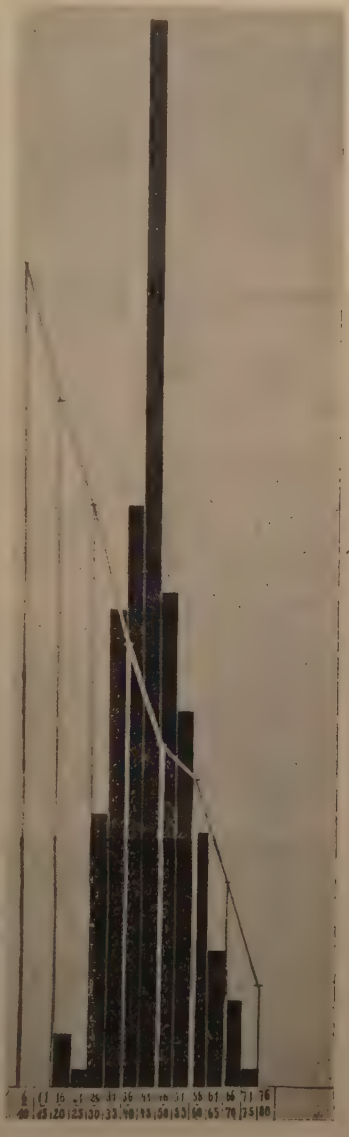


Fig. 34. Alterstabelle der Paralytiker. Die hellen Linien bedeuten die Gesamtsterblichkeit in den einzelnen Lebensaltern; die Größe der schwarzen Felder zeigt die außerordentliche Häufigkeit der Paralyse im **mittleren** Lebensalter.

gehen (Taboparalyse). Häufiger tritt die Rückenmarkskrankheit etwa gleichzeitig mit der Paralyse auf.

Fig. 35. Tabische Hinterstrangerkrankung im Lendenmark bei Paralyse.

Nicht jeder Tabeskranke bekommt später progressive Paralyse! Nicht jeder Paralytiker hat Tabes!

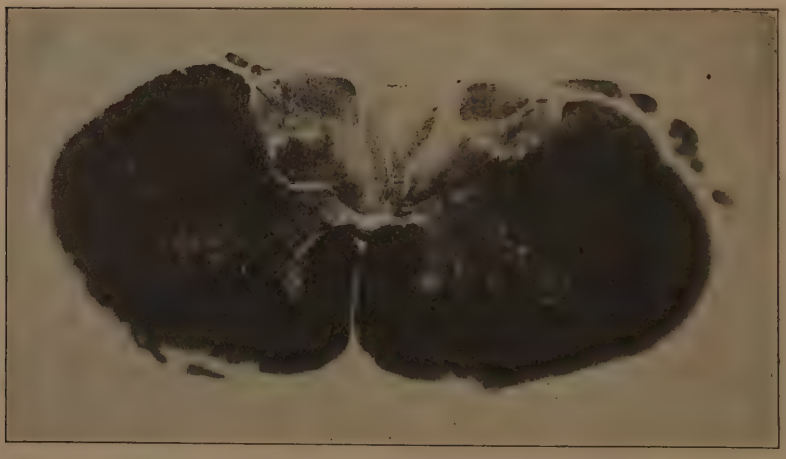


Fig. 36. Tabische Hinterstrangerkrankung im Halsmark bei Paralyse. Es sind sowohl die GOLLschen (aufsteigende Fasern aus dem Lendenmark) wie die BURDACHschen Stränge erkrankt.

5. Die progressive Paralyse läßt sich in der Mehrzahl der Fälle **aus ihren körperlichen Erscheinungen diagnostizieren.**

Ein Teil dieser körperlichen Erscheinungen ist Folge der Rückenmarkskrankheit.

Fig. 37. Einseitige absteigende Pyramidenseitenstrangdegeneration bei Paralyse.

Diese körperlichen Erscheinungen sind:

a) Die paralytischen Anfälle
b) Die paralytische Sprachstörung } Hirn.
c) Lähmung äußerer Augenmuskeln

d) Opticusatrophie
e) **Reflektorische Pupillenstarre** } Hinterstrang
f) Fehlende Patellarreflexe
Gesteigerte **Patellarreflexe**, Seitenstrang } Rückenmark.
g) Trophische Störungen wahrscheinlich

a) Die paralytischen Anfälle (S. 53) können sein apoplectiform oder epileptiform, und zwar auftreten in allen Intensitätsgraden: vom leichtesten Schwindelanfall oder einem vorübergehenden Zucken in einer Muskelgruppe an bis zu den schwersten und stürmischsten Anfällen. Nach den Anfällen oft vorübergehende Lähmungen oder Paresen oder aphasische Störungen.

Temperatursteigerung bei paralytischen Anfällen (S. 31).
Albuminurie bei paralytischen Anfällen (S. 32).

Die Anfälle können ein sehr frühes Symptom der Paralyse sein. Im Gegensatz zu den „Schlaganfällen“ bei Hirnhämorrhagien, nach welchen gewöhnlich dauernde Lähmungen und Ausfallserscheinungen zurückbleiben oder dieselben nur langsam verschwinden, zeichnen sich die paralytischen Anfälle dadurch aus, daß allfällige Lähmungen etc. meist sehr flüchtiger Natur sind und bald verschwinden.

Der Paralytische ist stets in Gefahr, an, oder in einem Anfall zu sterben. Auch der erste Anfall kann schon tödlich sein. Und manche plötzlichen und unerklärlichen Todesfälle von scheinbar Gesunden des mittleren Lebensalters sind Todesfälle infolge von paralytischen Anfällen.

b) Die paralytische Sprachstörung (siehe S. 46) ist bei manchen Paralytikern so stark und charakteristisch, daß daraufhin sofort die Diagnose auf Paralyse gestellt werden kann. In anderen Fällen tritt die Sprachstörung nur beim Lautlesen auf, oder bei schwierigen Worten („Flanelllappen", „Elektrizität" u. s. w.). Oft fehlt sie auch.

NB. Es gibt auch eine **angeborene** anarthrische Sprachstörung (S. 45).

c) Die Lähmungen äußerer Augenmuskeln können namentlich im Beginn der Erkrankung den Verdacht auf Paralyse lenken. Sie fehlen aber sehr oft.

d) Die Opticusatrophie ist, wenn sie überhaupt auftritt, meist schon bei Beginn der Paralyse vorhanden. Im ganzen ist sie bei Paralyse sehr selten.

e) **Die reflektorische Pupillenstarre** (siehe S. 40) trifft man bei etwa 60 Proz. aller Paralytiker. Rechnet man alle Pupillenstörungen (Weite, Rundung, vergl. S. 41), welche bei Paralyse überhaupt beobachtet werden können, zusammen, so ergeben sich über 90 Proz. Störungen der Pupilleninnervation.

Die reflektorische Pupillenstarre kann der Paralyse um viele Jahre vorausgehen.

Reflektorische Pupillenstarre und Fehlen der Patellarreflexe läßt auf Tabes schließen. Eine Psychose bei Tabes ist fast stets eine Paralyse.

Die reflektorische Pupillenstarre ist oft auch mit spastischen Patellarreflexen kombiniert.

Ein völliges Fehlen der reflektorischen Pupillenstarre bis zum Tode spricht nicht gegen Paralyse.

NB. Es gibt auch eine **angeborene** reflektorische Pupillenstarre (S. 40). Diese ist aber enorm selten. Nicht ganz so selten sind angeborene Innervationsstörungen geringeren Grades der Iris (träge Lichtreaktion, Entrundung).

f) Das Fehlen der **Patellarreflexe** (S. 50), verbunden mit Ataxie, Hypotonie, Romberg schem Zeichen ist ein Zeichen für Hinterstrangdegeneration.

Bei tabischer Degeneration im Lendenmark kann die Pupillenreaktion in seltenen Fällen erhalten bleiben.

Auch das isolierte Fehlen der Patellarreflexe, ohne Ataxie, ohne Hypotonie etc. kann Folge sein einer tabischen Hinterstrangerkrankung.

NB. Es gibt aber auch ein **angeborenes** Fehlen der Patellarreflexe (S. 50). Dieses ist gar nicht so selten, — in etwa 1—2 Proz. aller Gesunden. Eine Psychose bei isoliertem Fehlen der Patellarreflexe (ohne Ataxie etc.) ist daher stets nur mit Vorsicht als Paralyse zu diagnostizieren.

Die spastische Steigerung der Patellarreflexe (S. 48), oft verbunden mit Fußklonus, als Folge der Seitenstrangerkrankung des Rückenmarkes, geht einher mit Hypertonie der Muskulatur; und später kommt es zur spastischen Beugekontraktur (vergl. Fig. 21). Allerdings müssen die Patellarreflexe auch wirklich „spastisch"

sein, und nicht bloß „lebhaft". „Lebhafte" Patellarreflexe haben viele gesunde Menschen.

Einseitige spastische Steigerung, als Folge einseitiger Pyramidenbahndegeneration (Fig. 37) kommt ebenfalls bei Paralyse vor, kann sogar diagnostisch wertvoll sein. Doch kann selbstverständlich eine einseitige Steigerung des Patellarreflexes oft auch Folge einer Herderkrankung im Gehirn (Hämorrhagie etc.) sein, dann aber gewöhnlich verbunden mit (Mono- oder Hemi-) Parese der Extremität.

Mit zunehmender Beugekontraktur werden die vorher spastischen Patellarreflexe wieder schwächer.

Das bei manchen Paralytikern gegen Ende des Lebens auftretende anhaltende Zähneknirschen ist vielleicht ebenfalls als Teilerscheinung allgemeiner oder partieller spastischer Zustände aufzufassen.

Kombination von Hinter- und Seitenstrangerkrankung:

Hypotonie und spastische Patellarreflexe; reflektorische Pupillenstarre.

Hypertonie (z. B. in den Adduktoren von Arm oder Bein) und fehlende Patellarreflexe u. s. w.

g) Die trophischen Störungen. (Siehe S. 54.) Auch diese können — wenn auch selten — ein Initialsymptom der Tabes und Paralyse sein. Im weiteren Verlauf der Paralyse werden sie selten vermißt.

Für Paralyse kommen besonders in Betracht:

α) Hautzerstörungen, und zwar sowohl als akute pemphigusartige Ablösung der Epidermis (Fig. 23a und 38),

Fig. 38. Akute pemphigusähnliche Hautablösung bei Paralyse.

als auch als umschriebene, auch multiple Hautgangrän. So kann ein Paralytiker von blühender körperlicher Gesundheit, welcher tagsüber herumläuft wie gesunde Menschen und nur Nachts im Bett schläft, einen akuten „Decubitus“ bekommen.

β) Trophische Osteoporose und Spontanfrakturen (vergl. S. 56, Fig. 24 und 39).

Fig. 39. Echte Spontanfrakturen an den Rippen bei Paralyse. Beginnende Callusbildung. Ein äußerer Anlaß zur Fraktur hat völlig gefehlt. Der Kranke, ein 51 Jahre alter Dienstmann, starb bei vorzüglicher Ernährung interkurrent an Erysipel.

Das gesamte Skelett zeigt diffuse Osteoporose, ist abnorm leicht; die Substantia compacta an vielen Stellen völlig geschwunden. Zugleich Spontanfraktur des rechten Oberschenkelhalses; Infraktion des Kreuzbeines. Noch 3 andere Rippenfrakturen. (Gesamtes Skelett in der Sammlung der psychiatrischen Klinik zu Würzburg.)

Eine bestehende leichte einseitige mangelhafte Innervation der Gesichtsmuskulatur ist zur Diagnose auf Paralyse am besten gar nicht zu verwenden; denn die angeborene Asymmetrie der Gesichtsmuskelinnervation ist sehr häufig (S. 34 und Fig. 14).

Je nach der besonderen Lokalisation des paralytischen Prozesses im Zentralnervensystem können noch andere neurologische Erscheinungen auftreten; z. B. kann eine cerebellare Ataxie das hauptsächlichste motorische Symptom sein. Aus derselben läßt sich oft schon intra vitam die Diagnose auf paralytischen Schwund des Kleinhirnes stellen.

6. In einer Minderzahl der Fälle läßt sich die Diagnose auf progressive Paralyse stellen lediglich aus dem **psychischen Status**, wenn alle körperlichen Symptome und Innervationsstörungen fehlen.

a) Bei charakteristischem **Größenwahn,** gewöhnlich verbunden mit Charakterveränderung (Abstumpfung der ethischen und ästhetischen Gefühle) und Urteilsschwäche, — und ohne daß etwa eine entsprechende maniakalische Exaltation den Größenwahn erklären könnte.

Beispiel eines mäßigen paralytischen Größenwahns. Dabei stärkste Unsauberkeit; der Kranke verunreinigte täglich die Hosen mit Kot und Urin. Körperliche Innervationsstörungen fehlten völlig:

„Das Geschäft beginnen wir mit einem Aktienkapital von zirka 7 Millionen Mark. Wir verdienen Milliarden, und es wird die festliche Eröffnung in 14 Tagen sein. Es kommen Kaiser, Könige, Prinzregenten, sämtliche Minister, der hohe kirchliche Adel und die Generäle. Wir werden in den Fürstenstand erhoben werden. Jeder von uns bekommt fünf Pferde. Das liebe vielbewunderte Kind (seine Tochter) erhält einen jungen Fürsten, jeder von uns einen Stallmeister. Sodann kommen neun Automobile in Betracht und ein Salonseedampfer mit größter Schnelligkeit. Außerdem fünf Wagen, Salon, Küche, Personal."

Schriftstück eines Paralytischen mit Größenwahn:

„Rede des M. für den Reichstag. Ich Konrad, Karl M. geboren den 29. September 1865 zu Schöneberg bei Berlin Kollonnenstraße 16; Mitglied des Werkmeister-Verbandes (40000 Mitglieder). Den öfteren Anforderungen nach intelligenter rechtlich gesinnter Kultivierung der Süd-West-Afrika-Kolonien ausfindig halte ich mich vollständig direct herausgefordert und befähigt dazu. Behandle himmlisches und irdisches Weltall mit sämmlichen regierenden Königen und Fangball. Zunächst will ich mit dem heiligen Vater in Verbindung treten: allgemeine evangelische Kirche gründen. Sämtliche epistolischen weltlichen Kirchen sollen zu allgemeiner weltlicher Kirche gemacht werden. Die oberste Leitung der Kirche soll übernehmen Medikus Doctor der Medizin Wirklicher Geheimrat Doctor Eisenbart, ein Pfiffikus der Große. Bin von Gott eingesetzt und betrachte Maria als Mutter und Jesus als Bruder. Doctor Martin Luther als meinen vorausgesandten Propheten. Ich habe in der irdischen rund 5000000 Teufel und Narren entdeckt. Halte sämtliche regierende Fürsten, Kardinäle und Fürsten als Obernarren. Stelle mich zunächst mal an der Spitze der Internationalen inneren Mission. Mitglied des Blau-Kreuz Vereins und Anti- und Alkoholiker."

b) Bei starken Gedächtnis- und **Intelligenzdefekten.** So können gerade die Schulkenntnisse auffallend früh verloren gehen, so daß bei der ersten ärztlichen Untersuchung der Kranke nicht mehr ordentlich lesen und schreiben kann und im Rechnen die gröbsten Fehler macht.

Fehler beim Lautlesen; beginnende Paralyse. Gebildeter Kranker; keine artikulatorische Sprachstörung. Er liest gern und rasch:

Das Mädchen aus dem Grende.

In eine Tale bei armen Hirten
Erschien mit jedem junchen Jahr,
Soldaten die ersten Lerchen schwimmen,
Ein Mädchen schön und wunderbar.

Sie war nicht in der Tat geboren,
Man muß nicht vorher sagen können;
Und schnell war ihre Spur verloren,
Soldat das Mädchen Abschied nahm.

Beseligend war ihre Nähe,
Und alle Herzen wurden weit;
Doch alle Würde, eine Höhe
Entfernte die Bedraurigkeit.

Sie brachte Blumen mit und **Fürchten**,
Gereift auf einer andern Flur,
In einem andern Sonnenlichte,
In ein glücklichern Natur.

Stärkere Fehler und viele Wortweglassungen bei schwierigerem Text:

Eine der **un**würdigen Staatsbegebenheit **des** sechzehnte Jahrhundert zum glänzenden der Welt macht, dünkt die Gründung der niederländ**eren** Freiheit. Wenn die schlimmernden Taten der Ruhmsucht einer verderblichen Herrschbegierde auf unsere **Fundamente Aus**spruch machen vielmehr eine Begebenheit, wo bedrängte Menschheit **und** ihre edelsten Rechte, wo mit der guten Sache **un**mögliche Hilfsmittel **der** entschlossener Verzweiflung über die furchtbaren Künste der Tyrannerei in ungleichem Wettkampf siegen.

Dieser Text heißt so:

Eine der merkwürdigsten Staatsbegebenheiten, die das sechzehnte Jahrhundert zum glänzendsten der Welt gemacht haben, dünkt mir die Gründung der niederländischen Freiheit. Wenn die schimmernden Taten der Ruhmsucht und einer verderblichen Herrschbegierde auf unsere Bewunderung Anspruch machen, wie viel mehr eine Begebenheit, wo die bedrängte Menschheit um ihre edelsten Rechte ringt, wo mit der guten Sache ungewöhnliche Kräfte sich paaren, und die Hilfsmittel entschlossener Verzweiflung über die furchtbaren Künste der Tyrannei in ungleichem Wettkampf siegen.

Störungen und Veränderungen der Schrift durch die Paralyse (vergl. S. 46).

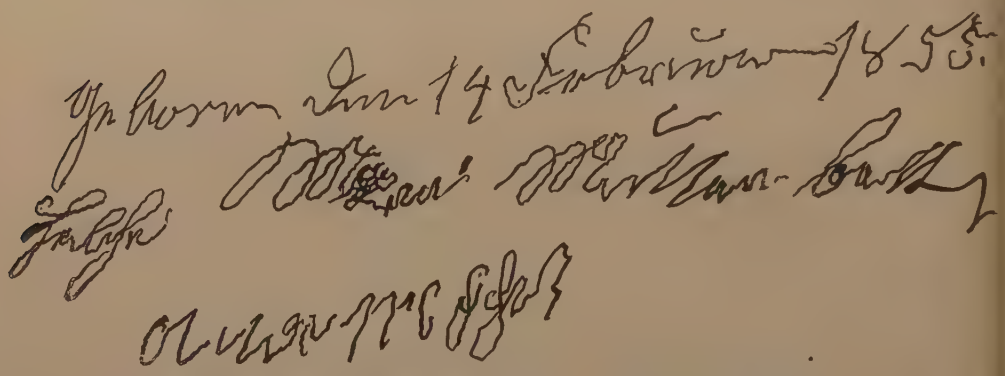


Fig. 40. Paralytische Schriftproben. Zeile 1: Ataxie, etwas Zittern. Im allgemeinen noch leserlich. Zeile 2: Starkes Zittern; nur ein Wort kann noch einigermaßen gelesen werden. Zeile 3: Unleserliches Gekritzel.

Wenn derartige Intelligenzdefekte im mittleren Lebensalter für Paralyse charakteristisch sein sollen, muß der Nachweis erbracht sein, daß der Kranke früher intelligent und nicht idiotisch von Haus aus war (Schulzeugnisse, Beruf!). Ferner müssen Herderkrankungen und traumatische Hirnerkrankungen ausgeschlossen werden können.

Außer den oben genannten finden sich bei Paralyse hin und wieder noch andere körperliche Symptome: die hohen und niederen Temperaturen ohne deutliche Anfälle (S. 31), allerhand Störungen der Motilität (z. B. Tremor, vergl. Delirium tremens alcoholicum, S. 101), der Sensibilität, der Sprache und Schrift u. s. w., so daß also die große Mehrzahl aller neurologischen Symptome bei der Paralyse vorkommen kann.

Ebenso vielgestaltig können auch die psychischen Symptome sein, schon im Beginn: „Neurasthenische", hypochondrische, depressive Erscheinungen, — oder krankhafte Heiterkeit, Unternehmungslust, Sittlichkeitsdelikte u. s. w. Stets vorhanden ist hierbei schon im Beginn der Krankheit die geistige Schwäche, die Urteilsschwäche, auch dem eigenen Zustand gegenüber, und die Veränderungen des Gefühlslebens, das bald in völliger Gemütsstumpfheit (S. 15)

endet. Doch sind namentlich im Beginn der Paralyse die psychischen Symptome oft noch so uncharakteristisch, daß für den praktischen Arzt nur die körperlichen Symptome, in erster Linie die Innervationsstörung der Pupillen und Patellarreflexe zur Diagnose in Betracht kommen.

Man pflegt als einzelne Unterabteilungen der progressiven Paralyse zu unterscheiden:

1) Die demente Paralyse; bei derselben kommt es, ohne stärkere Tobsucht oder Depression, zur einfach fortschreitenden Verblödung.

2) Die expansive Paralyse, die „klassische" Paralyse, mit Größenwahn, Projektenmacherei, heiterer Stimmung, Rededrang.

Differentialdiagnose mit Manie!

3) Die depressive und hypochondrische Paralyse.

4) Die Paralyse mit schubweisem Verlauf und gehäuften Anfällen. Bei dieser Art der Paralyse können Herderscheinungen das klinische Bild beherrschen, indem der paralytische Krankheitsprozeß vorwiegend einzelne umschriebene Teile des Hirnes befällt.

5) Die akute (agitierte, galoppierende) Paralyse, welche in Monaten oder Wochen tödlich endigt, oft unter stärkster Tobsucht.

Indes ist diese Einteilung schematisch, beweist aber jedenfalls so viel, daß die psychischen Zustandsbilder der Paralyse außerordentlich verschieden sein können.

Dauer und Verlauf der progressiven Paralyse.

Manche Paralytiker sind bereits 1—4 Jahre paralytisch, ehe sie in Anstaltsbehandlung kommen; dann hat die Paralyse in der Regel ganz schleichend begonnen. Sie kann aber auch scheinbar ganz akut einsetzen, sei es mit apoplectiform eintretendem Größenwahn, oder Stupor, oder Verblödung, oder gehäuften Anfällen.

In gesetzmäßiger Weise stellen sich im Verlauf der Paralyse **Schwankungen des Körpergewichtes** ein, derart, daß es in dem ersten Teile der Krankheit zu starker Mästung, in dem zweiten Teile zu starker Abmagerung

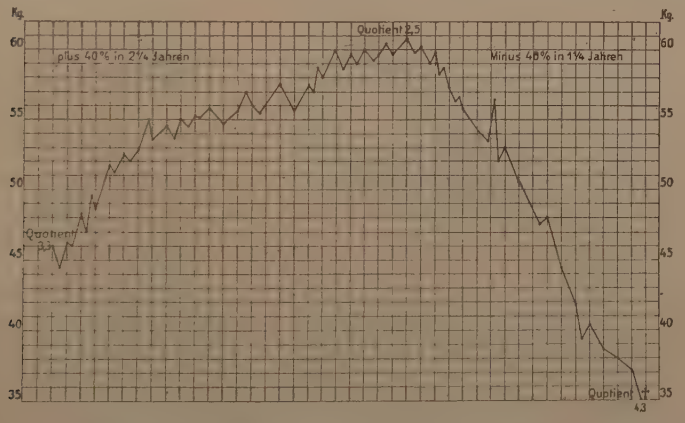


Fig. 41. Typische Gewichtszu- und -abnahme bei progressiver Paralyse. Größe 150 cm. (Die senkrechten Striche der Felder bedeuten Monate, die senkrechten Zahlen rechts und links Kilogramme).

kommt, und zwar aus rein inneren Gründen. Mästung und Abmagerung gehören ebensosehr zu den Krankheitssymptomen der Paralyse, wie etwa der fortschreitende Blödsinn. Selbstverständlich wird andererseits die Körper-

gewichtskurve durch starke tobsüchtige Erregungen, durch Nahrungsverweigerung oder durch Remissionen beeinflußt. Eine typische Gewichtskurve bringt Fig. 41.

Im Verlaufe der Krankheit kann es zum vorübergehenden Stillstand, zu bedeutenden Besserungen (**Remissionen**) kommen, auch auf psychischem Gebiete. Solche Remissionen können monate-, aber auch jahrelang anhalten und sich bei dem gleichen Individuum mehrmals wiederholen. Eine geistige Schwäche ist aber auch in der Remission unverkennbar.

Die progressive Paralyse ruft den stärksten, überhaupt möglichen Blödsinn hervor. Und zwar kann dieser Blödsinn bereits eingetreten sein, ehe der körperliche Verfall begonnen hat. Die derartig blödsinnigen Paralytischen vegetieren in den Anstalten gewissermaßen als hirnlose Wesen dahin.

Auch der **körperliche Verfall** erreicht die denkbar höchsten Grade (wenn nicht der Paralytiker interkurrent oder infolge eines Anfalles schon in einem früheren Stadium gestorben ist). Gegen Ende des Lebens können, trotz sorgsamster Krankenpflege, an allen Körperstellen brandige Hautzerstörungen entstehen (Fig. 42), als Zeichen dafür, wie sehr das gesamte Zentralnervensystem auch in seinen körpererhaltenden (trophischen) Funktionen gestört ist. Wochen- und monatelang leben manchmal solche Kranke eine vita minima, ehe sie an ihrer Hirnkrankheit sterben. — Paralytische können auch, trotz enormer Abmagerung, mit ganz unversehrter Haut sterben, so daß die den Hautzerstörungen im Zentralnervensystem zu Grunde liegenden Veränderungen möglicherweise umschriebene und lokalisierbare sind. Je nachdem diese Stellen im Zentralnervensystem vom Krankheitsprozeß verschont bleiben oder nicht, bleibt auch die Haut intakt oder wird gangränös. — Gangränöser Zerfall der Haut und Tod kann auch schon sich einstellen im Stadium der Mästung.

Fig. 42. Paralytische im Endstadium. Spastische Beugekontrakturen. Starke Abmagerung. Oedem der linken Hand. Multiple Hautgangrän, charakteristischerweise vielfach an Körperstellen, welche einem Druck nicht ausgesetzt sind. Ptosis des rechten Augenlides.

Der Tod tritt gewöhnlich ein 2—5 Jahre nach dem Manifestwerden der Paralyse. Eine längere Dauer (10 Jahre und mehr) kann bei Tabesparalysen vorkommen; auch Remissionen verlängern das Leben der Paralytischen häufig.

Als Ursache der Paralyse wird in erster Linie die Syphilis genannt. Indes kann sie nicht die einzige und eigentliche Ursache der Paralyse sein; sie läßt sich bei Paralyse so oft nicht nachweisen, daß es ungerechtfertigt ist, wenn man sagen wollte: Es gibt keine Paralyse ohne vorangegangene Lues.

Nicht diejenigen Fälle sind bezüglich der Aetiologie die wichtigen und interessanten, bei denen anamnestisch Lues feststeht, sondern diejenigen, bei denen mit aller überhaupt möglichen Sicherheit Lues ausgeschlossen werden

kann. Eine einzige echte progressive Paralyse ohne vorangegangene Lues wirft die ganze Metasyphilislehre der Paralyse um. Zur Zeit läßt sich aber überhaupt nur bei Paralyse in etwa 50—60 % die Lues anamnestisch nachweisen.

Ein allzustarkes Ueberschätzen der Lues in der Anamnese kann unter Umständen zur Fehldiagnose führen: Wenn ein Mensch, welcher früher notorisch luetisch war, im 40. Lebensjahre zum ersten Male an Manie erkrankt, so könnte man sich, im Hinblick auf die Lues, verleiten lassen, trotz Fehlens der spinalen Innervationsstörungen, die Diagnose auf progressive Paralyse, d. h. die Prognose absolut infaust zu stellen, während der Kranke doch nach 1 Jahr wieder geistesgesund ist und es bis zum Lebensende bleibt. — Andererseits könnte man geneigt sein, bei einem Wesen die Diagnose auf Paralyse deshalb nicht zu stellen, weil die betreffende Kranke sicher nicht Lues gehabt hat — und man würde sich auch hier diagnostisch und prognostisch schwer irren können.

Die hereditäre Belastung ist bei Paralytikern nicht viel geringer als bei endogen Geisteskranken.

In seltenen Fällen kann die Paralyse familiär auftreten.

Viele Paralytische sind auch vor deutlichem Ausbruch der Paralyse psychisch abnorm, auch idiotisch oder microcephal.

Im Gegensatz hierzu können Luetische lebenslang geisteskrank sein, ohne paralytisch zu werden.

Chronischer Alkoholismus (S. 104), „Ueberanstrengung", Kopfverletzungen (S. 116) u. s. w. rufen keine Paralyse hervor.

Eine Differentialdiagnose der progressiven Paralyse zu erörtern, ist eigentlich unnötig; denn die Paralyse kann mit sämtlichen Geisteskrankheiten, einschließlich der Epilepsie und des zirkulären Irreseins, in Differential-Diagnose treten. Gerade bei der ungeheueren Mannigfaltigkeit der psychischen Zustandsbilder der Paralyse hat der Arzt die Verpflichtung, vorurteilslos die **neurologische Untersuchung** jedes Geisteskranken und Nervösen, namentlich des mittleren Lebensalters, vorzunehmen. Stets soll für ihn eine der diagnostischen Hauptfragen (S. 66) sein:

Ist der Kranke vielleicht paralytisch?

Die Behandlung der Paralytischen besteht in einer möglichst frühzeitigen Unterbringung in einer Anstalt.

IV. Die Dementia senilis.

Nicht jede Geisteskrankheit im Greisenalter ist eine Dementia senilis. So können einmal die periodischen, oder in unregelmäßigen Anfällen wiederkehrenden Geistesstörungen (Manie, Melancholie, zirkuläres Irresein) den Kranken auch im Greisenalter noch heimsuchen. Weiterhin kann eine Paranoia, welche 20 Jahre lang als Hypochondrie latent war, an der Schwelle des Seniums manifest werden, ohne daß es jemals zum geringsten Schwachsinn kommt und ohne daß man von einer „senilen Paranoia" reden dürfte — oder die Paranoia hatte sich bereits einmal im 4. und 5. Lebensjahrzehnt gezeigt, um dann 20 bis 30 Jahre zu ruhen und erst im Senium wieder aufzuflackern. Auch ein Idiot kann unter bestimmten Umständen erst im Greisenalter in Beziehung zur Psychiatrie treten.

Eine zweite Gruppe von Geistesstörungen im Geisenalter, welche nicht als Dementia senilis bezeichnet werden darf, ist unter II (Die umschriebenen Hirnkrankheiten) geschildert worden. Je stärker im Alter die Hirngefäße

atheromatös entarten, um so mehr besteht die Gefahr der Ruptur oder Thrombose, bezw. Lumensverengerung. Auch die Geschwülste des Gehirnes scheinen im Greisenalter ganz andere klinische Bilder hervorzurufen als in der Jugend, indem das senile Gehirn viel mehr mit einer diffusen Hirnverkleinerung auf den Tumor reagiert und dementsprechend die begleitende Geistesstörung diejenige einer Hirnverkleinerung ist und nicht einer Hirngeschwulst.

Eine progressive Paralyse ist im Greisenalter sehr selten.

Auch allerhand Infektionen (Lungenentzündung etc.) können im Senium leichter zu Delirien und Verwirrtheitszuständen (ohne entsprechende Fieberhöhe) führen, als im mittleren Lebensalter. Das senile Gehirn ist weniger widerstandsfähig.

Als Dementia senilis bezeichnet man eine im Greisenalter auftretende und gewöhnlich progrediente Verblödung, welche vielfach mit zunehmender Stumpfheit, Interesselosigkeit, Teilnahmlosigkeit und Charakterveränderung, ferner Gedächtnisstörungen für frische Eindrücke beginnt und verläuft. Während die längst vergangenen Ereignisse, z. B. aus der Jugendzeit, zunächst noch sehr fest haften, ist das Gedächtnis für Eindrücke aus der Gegenwart (die Merkfähigkeit) oft minimal. Die nächsten Folgen dieser Gedächtnisstörung sind die Desorientiertheit und die Lücken im Gedächtnis für Ereignisse aus der Gegenwart. Senil-Dementen können Wochen und Monate, auch Jahre völlig aus der Erinnerung geschwunden sein. Die Neigung zur Konfabulation (S. 6), zum freien Erfinden von angeblich erlebten Ereignissen tritt hervor. Manchmal ähnelt das Bild des senilen Schwachsinns somit der Korsakowschen Störung (S. 102), ohne daß selbstverständlich zwischen beiden grundverschiedenen Krankheiten ein engerer Zusammenhang bestünde.

Abgesehen von dieser Art der Dementia senilis kann die senile Demenz klinisch verschiedene Anfangs- und Verlaufsbilder zeigen — wie dies ja auch bei der Dementia paralytica der Fall ist. Es können im Greisenalter sich zeigen

depressive Störungen
läppisch-heitere Erregungen
hypochondrische Ideen
paranoische Ideen
Verwirrtheit
Stupor

} mit Ausgang in mehr oder weniger charakteristischen Schwachsinn.

Eine Eigentümlichkeit findet sich bei Senildementen — namentlich auch leichteren und leichtesten Grades — häufig, daß sie des Nachts stärker verwirrt und deshalb auch unruhiger sind als am Tage. Während sie tagsüber sich ruhig verhalten, im Bett liegen bleiben, vielleicht überhaupt vernünftig erscheinen, beginnen sie Nachts umherzuwandern und laut zu werden („Raubtiernatur" der Senilen).

Von den körperlichen Störungen der Senil-Dementen ist zu erwähnen einmal die Altersmiosis bei erhaltener Lichtreaktion — ferner die oft vorhandenen senilen Bewegungsstörungen, Tremor, Chorea, Ataxie. Infolge der im Greisenalter aufgetretenen Arteriosklerose kann es zu Schlaganfällen, Lähmungen und allerhand sonstigen Herderscheinungen kommen. Die Dementia senilis selbst ist nicht durch die Arteriosklerose hervorgerufen; man findet manchmal auffallend zarte Arterien beim senilen Blödsinn.

Von der Diagnose: Dementia senilis wird insofern allzu oft Gebrauch gemacht, als man nicht bloß in jeder Psychose des Greisenalters eine senile Geistesstörung erblicken möchte — sondern namentlich auch dadurch, daß man die Diagnose auf Dementia senilis schon bei Kranken im mittleren Lebensalter stellt. Es gibt keine Dementia senilis mit 60 Jahren. Gewiß können die regressiven Altersveränderungen und damit wohl auch der

senile Schwachsinn bei manchen Menschen eher auftreten als bei andern. Im allgemeinen aber wird man das Senium vom 70. Lebensjahre an datieren, und damit auch die Dementia senilis.

V. Der angeborene Schwachsinn.

Früher faßte man alle mehr oder weniger hochgradigen geistigen Schwächezustände, welche **angeboren** oder in frühester Jugend erworben waren, unter dem Begriff „Idiotie“ zusammen. Doch zeigen viele der angeboren Blödsinnigen derartige prinzipielle Unterschiede, daß es richtiger ist, die Krankheitsbezeichnung „Idiotie“ nicht für alle angeborenen (oder in frühester Jugend erworbenen) geistigen Schwächezustände zu gebrauchen, sondern nur für einen Teil derselben zu reservieren.

Mit angeborenem Blödsinn können einhergehen

a) die Entwickelungshemmungen des Gehirnes und die Microcephalie;

b) die Hydrocephalie;

c) die Porencephalie;

d) der Cretinismus;

e) die Idiotie (im engeren Sinne);

α) die durch äußere Schädlichkeiten veranlaßte,

β) die endogene Idiotie.

Würde man also die Diagnose „Idiotie“ da stellen, wo man Microcephalie oder Cretinismus sagen sollte, so würde man einen diagnostischen Fehler begehen. Daß die unter a bis d genannten Krankheiten mit der Idiotie (im engeren Sinne) nicht wesensgleich sind, geht auch daraus hervor, daß sie mit Schwachsinn oder Blödsinn zwar einhergehen können, daß aber Blödsinn oder Schwachsinn keineswegs absolut notwendig zum Krankheitsbild der Zustände von a bis d gehören. Denn sowohl Microcephale (geringen Grades) als auch namentlich Hydrocephale, Porencephale und Cretinen können eine durchaus ausreichende, zum Teil sogar hervorragende Begabung aufweisen.

a) **Die Entwickelungshemmungen des Gehirnes und die Microcephalie.**

Die stärksten Grade der Entwickelungshemmung des Gehirnes, das völlige Fehlen desselben (Anencephalie), kommt für die Psychiatrie nicht in Betracht; hirnlose Mißgeburten sterben kurze Zeit nach der Geburt.

Geringere Grade der Entwickelungshemmung und -störung zeigen sich unter anderem (abgesehen von der gewöhnlich vorhandenen abnormen Kleinheit des Gehirnes) in Anomalien der Gehirnformen und speziell Gehirnwindungen, sodaß die Gehirne solcher menschlicher Wesen abnorm wenige, oder gar keine Windungen haben; sie ähneln dann im Aussehen Tierhirnen, z. B. denjenigen der Nagetiere (Lissencephalie [im Gegensatz zur Gyrencephalie] = Gehirn ohne Windungen, mit glatter Oberfläche). Während aber die Nagetiere sehr intelligente Geschöpfe sind, sind Menschen mit lissencephalen Gehirnen blödsinnig.

Microcephale Gehirne können bezüglich der Windungen einen abnormen Bau aufweisen; andere aber haben eine ganz normale Gestalt; es sind einfach Miniaturhirne. Die Diagnose auf Microcephalie läßt sich im allgemeinen nur stellen unter Berücksichtigung der (Gesichts- und) Körpergröße und des Körpergewichts. Es gibt Menschen mit sehr kleinem Gehirn, welche

trotzdem keine Microcephalen sind, sondern Nannocephalen (ὁ νάννος = der Zwerg), weil ihr Gehirn ihrem Körper durchaus entspricht. (Näheres hierüber im Abschnitt: Hirn und Schädel).

Fig. 43. Die Microcephalin Agnes Meckel, beim Tode 33 Jahre alt. Körpergröße 120 cm, Schädelkapazität 550 ccm. (Vergl. Sommer, Diagnostik d. Geisteskrankheiten, II. Aufl., S. 206.)

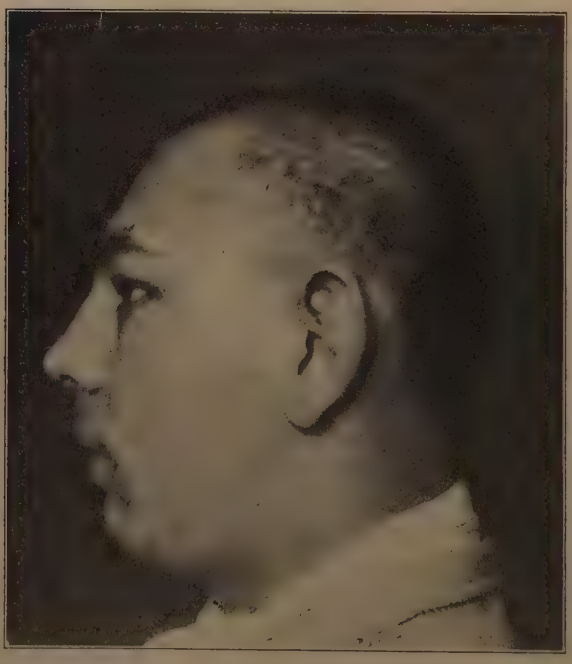


Fig. 44. Relativer Microcephale. Größe 167 cm, Körpergewicht 60 kg. Mutmaßliches Hirngewicht gegen 1000 g. Ist intelligent, aber epileptisch. Keine Porencephalie.

Microcephale Menschen sind solche, bei welchen das Gehirn im Verhältnis zum Körper zu klein ist. Man spricht von „absoluter“ und „relativer“ Microcephalie; bei letzterer ist das Gehirn nur für den zugehörigen Körper zu klein, während es für einen kleineren Körper noch genügen würde. Absolut Microcephale sind stets blödsinnig. Relativ Microcephale können mehr oder weniger intelligent sein (über Hirngewicht und Intelligenz siehe den letzten Abschnitt des Buches).

Microcephale finden sich in Idiotenanstalten häufig. Abgesehen hiervon spielt die Microcephalie in der Psychiatrie keine besondere Rolle. Später geisteskrank Gewordene haben gewöhnlich normal große Schädel. Für die forensische Psychiatrie ist wichtig zu wissen, daß relativ Microcephale völlig intelligent und überhaupt geistesgesund sein können, daß also die relative Microcephalie an sich keineswegs hinreicht, um für den Betreffenden den § 51 Str.G.B. anzuwenden oder „geminderte Zurechnungsfähigkeit“ anzunehmen.

b) Die Porencephalie.

Im Gegensatz zur Microcephalie, einer primären Entwickelungshemmung, ist unter Porencephalie (ce-

rebraler Kinderlähmung) ein Zustand zu verstehen, bei welchem ein seiner Anlage nach gesundes Gehirn in frühester Jugend irgendwie derartig geschädigt wird (Hirnhämorrhagien, spontan oder traumatisch; Entzündungen), daß bleibende Hirndefekte (ὁ πόρος, das Loch, die Narbe, vergl. Figur 45) die Folge sind.

Fig. 45. Großer porencephalischer Defekt.

Porencephale können auch microcephal sein, wenn die Defekte sehr groß sind und das Wachstum des gesamten Hirnes und Schädels gestört haben. Die Mehrzahl der Porencephalen aber hat normal große Köpfe und (was besonders bemerkenswert ist) keine Asymmetrien des Schädels zwischen rechts und links, trotz der Ungleichheiten der Hemisphären.

Je nach dem Sitz der Läsion kommt es zu den bekannten Herderscheinungen (Mono-Hemiplegie, Hemianopsie, Aphasie, Anarthrie u. s. w.). Die Extremitätenlähmungen sind spastischer Natur; Arm und Hand gewöhnlich in Beugestellung fixiert (Fig. 46). Die paretischen Extremitäten bleiben im Wachstum etwas zurück. Bei stärkerem Befallensein der Beinregion: Spitzfußstellung. Die Mehrzahl der Porencephalen ist hemiparetisch; die typische Bewegungsstörung läßt sofort die Diagnose stellen.

Porencephale können sehr intelligent sein; oft sind sie epileptisch, mit spärlichen Anfällen.

c) Die Hydrocephalie.

Infolge unbekannter Vorgänge (Entzündungen?) kann die Liquorproduktion im Gehirn des Embryo oder des Kindes in den ersten Lebensjahren eine derartig starke sein, daß, bei mangelhaltem Abfluß des Liquor, der Hydrocephalus internus das Gehirn gegen den Schädel preßt (es dabei oft mehr oder weniger komprimiert und schädigt) und letzteren deformiert (Fig. 47). Viele hydrocephalische Kinder sterben frühzeitig; andere mit starkem Hydrocephalus bleiben schwachsinnig. Leichtere Grade von hydrocephalischer Schädelverbildung vertragen sich sehr gut mit normaler oder hervorragender (Helmholtz, Menzel) Intelligenz.

Die Merkmale der leichten Form hydrocephalischer Schädelverbildung sind unter anderem: starkes Hervortreten der Stirngegend mit den Tubera frontalia, breiter bitemporaler Durchmesser, hervortretende Augäpfel (weil die Orbitaldächer durch den intrakraniellen Druck nach unten zu ausgewölbt sind).

Unter den nicht angeboren Schwachsinnigen findet man kaum jemals eine hydrocephalische Kopfbildung. Die Hydrocephalie ist für die Psychiatrie ohne praktische Bedeutung.

d) Der Cretinismus.

Eine ganz andersartige Krankheit als die drei soeben genannten primären Hirnanomalien ist der Cretinismus. Viele Cretinen sind

Fig. 46a.

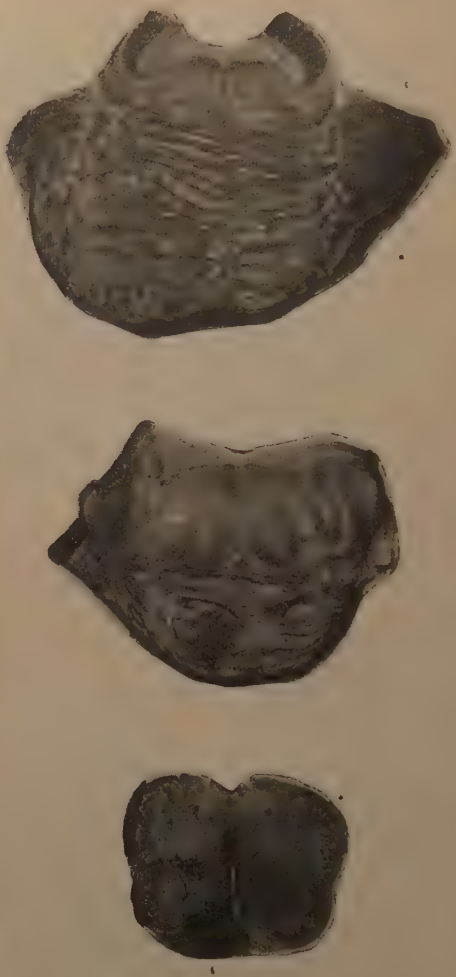


Fig. 46b.

Fig. 46a. Porencephale (Hirndefekt links) mit rechtsseitiger spastischer Hemiplegie. Charakteristische Adduktions- und Flexionskontraktur des Armes. Rechtsseitige Extremitäten und Körperhälfte gegen links im Wachstum etwas zurückgeblieben. (Bereits abgebildet in: Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten, II. Aufl., S. 214.

Fig. 46b. Einseitiger Mangel der Pyramidenbahn bei Porencephalie.

angeboren schwach- oder blödsinnig. Während man aber früher mißgestaltete Blödsinnige aller Art „Cretinen“ nannte (auch das Schimpfwort „Cretin“ wird im Sinne von: häßlicher Idiot gebraucht), sind als Cretinen Individuen zu verstehen, bei welchen

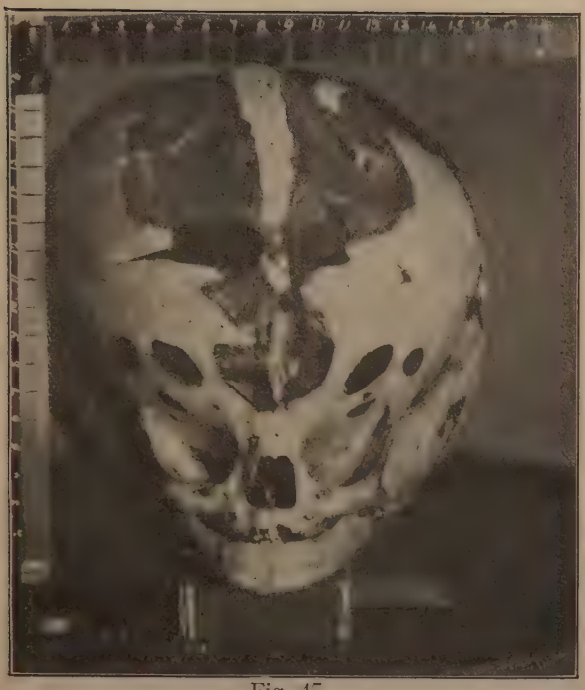


Fig. 47.

Fig. 48.

Fig. 49.

Fig. 47. Starke hydrocephalische Schädelmißbildung.

Fig. 48. Cretine Barbara Pöhl, 31 Jahre alt (als Leiche photographiert). Größe ca. 1 m. Ihre Körperentwickelung entspricht derjenigen eines 5—6-jährigen Kindes.

Fig. 49. Skelett der Cretine Barbara Pöhl (vergl. Fig. 48), 93 cm hoch. Zu beachten ist die offen gebliebene sehr große vordere Fontanelle. (Aus der Skelettsammlung der psychiatrischen Klinik zu Würzburg.)

die auffallendsten Symptome sind; und zwar äußert sich der Infantilismus als:

Zwergwuchs; die Cretinen bleiben ihrem Habitus nach Kinder,

Ausbleiben oder verspätetes Eintreten der sekundären Sexualmerkmale,

Offenbleiben der Epiphysenlinien und der Schädelnähte.

Das Vorhandensein des Zwergwuchses allein genügt also nicht zur Diagnose auf Cretinismus, denn der Zwergwuchs kann eine Folge verschiedenartiger Krankheiten sein (S. 76); speziell gibt es auch einen Zwergwuchs (mit oder ohne gleichzeitigen Infantilismus) als vitium primae conformationis. Die Diagnose auf Cretinismus darf nur gestellt werden bei gleichzeitiger Anwesenheit von Myxödem.

Das Gehirn der Cretinen ist durchaus normal groß. Ebenso wie Kinder ein, im Verhältnis zum Körper, relativ viel schwereres Gehirn haben als Erwachsene, — ebenso haben auch Cretinen, die auf kindlicher Stufe stehen geblieben sind, ein relativ schwereres Gehirn als gesunde Erwachsene; auch das zu große relative Gewicht des Gehirnes ist als infantiles Symptom aufzufassen.

Manche Cretinen sind auch durchaus intelligent.

Der Cretinismus wird aufgefaßt als Folge des frühzeitigen Ausfalles der Schilddrüsenfunktion (siehe S. 106), wobei die Schilddrüse angeboren fehlen, oder durch spätere Erkrankung ihr Drüsenparenchym verloren haben kann. Der Cretinismus kann endemisch und sporadisch vorkommen.

Die Kenntnis der Symptome des Cretinismus ist wichtig, weil durch Verfütterung von Schilddrüsensubstanz bei jugendlichen Cretinen die Erscheinungen des Cretinismus gebessert werden können; speziell tritt hierdurch stärkeres Körperwachstum ein.

e) **Die Idiotie.**

Als „Idioten" sind, im Gegensatz zu den vorgenannten 4 Arten von Krankheiten, jene von Geburt an oder seit der frühesten Kindheit Schwach- oder Blödsinnigen zu bezeichnen, bei welchen weder

1) eine Entwickelungshemmung oder -störung des Gehirnes, Microcephalie, noch

2) Porencephalie und Hydrocephalie, noch

3) Cretinismus, noch auch

4) eine Abnormität der äußeren Sinne vorliegt.

Das deutsche Wort: „Sinn" hat eine Doppelbedeutung, welche Verwirrung stiften könnte. Es bedeutet

α) Die äußeren Sinne, sensus externi. Wenn es heißt: Jemand ist „vollsinnig", so hat er unversehrte äußere Sinne. Ein nicht vollsinniger Mensch ist z. B. taub oder blind.

β) Verstand, mens, — dementia. Wenn es heißt: Jemand ist schwachsinnig, so ist damit die mens, der Verstand, gemeint. Ebenso in den Redensarten: „Er ist nicht bei Sinnen. Er handelt ohne Sinn und Verstand. Er hat seine fünf Sinne nicht beisammen."

Demnach ist der reine und unkomplizierte Idiot ein angeboren Schwach- oder Blödsinniger, welcher ist

I. frei von charakteristischen körperlichen Abnormitäten, einschließlich des Hirnes,

II. frei von Abnormitäten der äußeren Sinne.

Verlust eines Sinnes (Blindheit, Taubheit) im späteren Leben hat auf die Intelligenz gar keinen Einfluß.

Von dem angeborenen Sinnesmangel oder dem Verlust eines Sinnes in

frühester Jugend ist namentlich die Taubheit bedeutungsvoll, weil ein taubes Kind auch stumm bleibt (S. 44) und Mangel der Sprache eine starke Erschwerung der geistigen Entwickelung bedeuten muß. Nicht unterrichtete Taubstumme bleiben daher auch auf einer niedrigeren Intelligenzstufe stehen (vergl. auch § 58 des Strafgesetzbuches, S. 92). Dagegen können unterrichtete Taubstumme es zu einer normalen Intelligenz bringen. Berühmt sind die beiden angeboren taubstummen und blinden Wesen: Laura Bridgman und Helen Keller, bei welchen durch Unterricht (Tast-, Geschmacks- und Geruchssinn) die Intelligenz zu staunenswerter Höhe ausgebildet werden konnte.

Oft bringen Eltern ihre Kinder zur Untersuchung, mit der Angabe: Das Kind müsse taub sein, denn es lerne gar nicht sprechen. Indes läßt sich dann gewöhnlich nachweisen, daß das Kind sehr gut hört und nur infolge der Idiotie nicht sprechen lernt.

Es ist also daran festzuhalten, daß der gewöhnliche Idiot normale Sensus externi hat. Auch sonst ist die überwiegende Anzahl der Idioten körperlich normal und wohlgebaut. Wenn ein Idiot nicht schreiben lernt, so ist hierfür ebenfalls nur sein Hirnzustand schuld, und nicht etwa eine äußere Ursache. Mangel der Arme z. B. ist gewiß eine ziemliche Erschwerung für das Schreibenlernen. Ein Kind mit normaler Intelligenz aber überwindet dieses Hindernis mit Leichtigkeit: es schreibt mit dem Munde (Fig. 50). Der Idiot hingegen lernt trotz seiner gesunden Arme nicht ordentlich schreiben.

Fig. 50. Intelligenter Erwachsener, ohne Arme geboren. Die Hände setzen direkt an die Schultern an. Er schreibt, indem er den Federhalter mit dem Munde hält.

Die Eigenartigkeit des Idioten (das griechische Wort ἰδιώτης bezeichnet, im strengen Wortsinn, auch nichts anderes, als das deutsche Wort: „eigenartig“ bezeichnet), besteht lediglich darin:

daß der Idiot entweder aus Gründen, die auf dem Gebiete der Intelligenz liegen, oder aus Gründen, die auf dem Gebiete der Gefühls- und Willenstätigkeit liegen, von Anfang an in der Entwickelung mit den anderen Kindern nicht mitkommt.

Bei den schwersten Graden der Idiotie steht der Kranke weit unter dem Tier; in den leichtesten Graden ist nur ein bestimmtes Maß von angeborener Dummheit vorhanden, die im allgemeinen wenig bemerkt werden kann.

Man hat die Idiotie, je nach der Intensität des Schwachsinnes, mit verschiedenen Namen belegt:

Idiotie (starker angeborener Blödsinn),

Imbecillität (Schwachsinn mittleren Grades).

Debilität (geringer Schwachsinn).

Indes ist diese Einteilung eine künstliche; denn die Uebergänge sind fließend, und es ist mehr Geschmackssache, ob man manchen Idioten noch als „idiotisch", oder als „imbecill" bezeichnen will. Durch die obige Einteilung mit verschiedenen Namen kann ferner die durchaus falsche Vorstellung erweckt werden, als ob die Idiotie, Imbecillität und Debilität etwas qualitativ verschiedenes sei, während es doch nur verschiedene Intensitätsgrade der gleichen Krankheit sind. — Auf alle Fälle ist die obige Einteilung entbehrlich; wenn man einen Idioten quantitativ bezeichnen will, dann kann man einfach reden von Idiotie hohen, mittleren und leichten Grades.

Die Idiotie ist eine häufige Krankheit. Wenn infolge jenes unabänderlichen Verhängnisses, welches als die „endogene Anlage" bezeichnet wird (S. 60), von 250 Geborenen etwa einer derartig beschaffen ist, daß er (abgesehen von allem Exogenen, das ihm während des Lebens zustößt) vorübergehend oder dauernd Objekt der Psychiatrie wird, so ist der vierte Teil hiervon idiotisch (S. 63). Man kann also sagen, daß auf 1000 Geburten die Geburt eines Idioten kommt. Auch die Idiotengeburten häufen sich oft auffallend in derselben Verwandtschaft.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Idiotie demnach eine ebenso **endogene Krankheit**, wie die meisten anderen Geisteskrankheiten. Es ist selbstverständlich, daß schwere Hirnhautentzündung, Intoxikation etc. auch zum Stillstand der geistigen Entwickelung führen können. Aber solche Ursachen des kindlichen Schwachsinnes sind sehr selten. Durch das Ueberstehen von Infektionskrankheiten (wenn sie auch mit noch so starken Delirien einhergehen) und durch die Eklampsie im Säuglingsalter (sofern sie nicht schon das erste Zeichen der Epilepsie ist) wird erfahrungsgemäß das kindliche Gehirn gewöhnlich dauernd gar nicht geschädigt.

Was die Eltern der Idioten anamnestisch von „Hirnentzündung" etc. berichten, war gewöhnlich keine „Hirnentzündung", sondern ein schwerer epileptischer Zustand oder irgend eine andere Krankheitsäußerung des anormalen Gehirnes. — Ueber Trauma und Idiotie siehe S. 114.

Wenn Alkoholismus und Lues der Eltern als Ursache für Idiotie genannt werden (S. 63), so ist dem immer wieder entgegen zu halten, daß die allersolidesten und allerordentlichsten Eltern ebensowenig von Idiotengeburten verschont sind, als die Eltern mit gegenteiligen Eigenschaften. Ferner müßte bei der Feststellung, ob in Trinkerfamilien besonders viel Idioten geboren werden, nachgewiesen werden, daß bereits zur Zeit der Konzeption des Kindes die Eltern Trinker waren, und nicht erst später geworden sind, — und ferner, daß der Vater des Idioten auch wirklich sein Vater ist. Denn der Satz: Pater semper incertus dürfte besonders für die Trinkerfamilien des Proletariats seine Gültigkeit haben. Endlich ist daran zu erinnern, wie viele chronische Trinker endogen geisteskrank sind (s. S. 104). Es wird sich also wohl niemals einigermaßen feststellen lassen, ob der chronische Alkoholismus der Eltern für sich allein wirklich Idiotie der Kinder hervorruft.

Ihrem Gebahren nach kann man die Idioten einteilen in

1) die stumpfen, apathischen, anergetischen Idioten; bei diesen sind Gefühlsstumpfheit (S. 15) und abnorme Ruhe und Bewegungslosigkeit (S. 23) zu finden, und

2) die erregten, erethischen, wilden und störrischen Idioten,

welche die auf S. 20 geschilderte Unruhe bei Blödsinn zeigen. Natürlich gibt es zwischen beiden Kategorien auch Uebergänge.

Eine praktisch wichtige Unterabteilung der stumpfen und apathischen Idioten sind (bei leichten Graden der Idiotie) die gutmütigen und braven Idioten, — praktisch wichtig deshalb, weil sie gar nicht so selten sind und weil bei ihrem musterhaften Betragen die Umgebung oft gar nicht an Idiotie denkt. —

Bei den höchsten Graden der Idiotie sind die Kranken gewissermaßen hirnlose Maschinen; es ist nicht das geringste geistige Leben vorhanden. Solche Idioten nehmen überhaupt keine Sinneseindrücke auf und lernen auch nicht sprechen.

Mäßigere Grade der Idiotie zeigen sich hauptsächlich beim Eintritt in die Schule, wenn auch natürlich oft genug den Eltern schon vor dem Schuleintritt des Kindes Zweifel an dessen geistiger Gesundheit gekommen sein mögen:

— Intellektuelle Idioten bleiben bezüglich der **Schulkenntnisse** hinter den anderen Kindern zurück.

Manche Idioten lernen überhaupt nicht lesen und schreiben, trotz aller angewandten Mühe (Fig. 51). Andere können wenigstens ihren Namen schreiben. Wieder andere lernen einigermaßen lesen und schreiben.

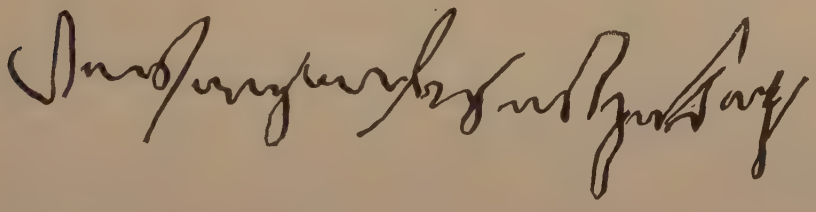


Fig. 51. Gekritzel eines Idioten, welcher seinen Namen schreiben soll und niemals schreiben gelernt hat.

Manche erwachsene Idioten, namentlich aus den „besseren Ständen", fangen an zu zittern, wenn man sie auf ihre Schulkenntnisse untersucht und z. B. schreiben läßt. Sie sagen dann: Sie seien „aufgeregt", „nervös" und könnten „nur heute nicht" schreiben. Selbstverständlich sind derartige Aeußerungen nur Redensarten, dazu bestimmt, den intellektuellen Defekt möglichst zu beschönigen und zu verdecken. —

Eine wissenschaftlich sehr wichtige, aber in praxi anscheinend wenig häufig vorkommende Eigentümlichkeit mancher Idioten sind die umschriebenen Intelligenzdefekte. Manche Idioten können schreiben, d. h. den vorgelegten Drucktext in geschriebene Schrift umsetzen, aber sie können dann weder das Gedruckte, noch das Selbstgeschriebene, noch überhaupt etwas lesen. Andere Idioten können lesen, aber nicht schreiben.

Es kann nie eindringlich genug darauf hingewiesen werden, daß bei der Prüfung der Schulkenntnisse, wie überhaupt bei der Untersuchung auf Idiotie stets das Milieu berücksichtigt werden muß. Es wird oft genug ein krankhafter angeborener Schwachsinn da angenommen, wo nur physiologische Dummheit und Unbildung vorliegt. So muß man seine Anforderungen in Kenntnissen z. B. aus Geographie und Geschichte, bei der Land- und Arbeiterbevölkerung auf ein Minimum zurückschrauben; denn auch von solchen ganz „intelligenten"

Leuten werden manchmal Fragen, welche dem Untersucher die allereinfachsten dünken, ausgelassen. Der Untersuchende soll nicht seinen eigenen Bildungsmaßstab bei der Untersuchung von Leuten aus niedrigeren Gesellschaftsklassen anlegen, sondern denjenigen Bildungsmaßstab, der dem Bildungsniveau des zu Untersuchenden entspricht. Hierzu ist allerdings die genaueste Bekanntschaft mit den intellektuellen und moralischen Eigenschaften, den Anschauungen und Gebräuchen, auch den Schulverhältnissen in der Heimat des zu Untersuchenden notwendig. Diese Bekanntschaft muß nicht nur vom Psychiater gefordert werden, sondern auch vom Gerichtsarzt und jedem Arzte, welcher sich mit Untersuchung und Begutachtung des Geisteszustandes anderer befaßt.

Ein Urteil über den jeweiligen Bildungsgrad gewinnt der Arzt einmal aus den Briefen der Angehörigen des Kranken, dann aber auch durch möglichst eingehende Unterhaltung mit den Angehörigen, z. B. bei der Aufnahme der Kranken. Hier ergibt sich nun gar zu oft, daß ganz intelligente Menschen z. B. nicht Alter und Geburtstag ihrer nächsten Angehörigen wissen, daß sie in der zeitlichen Orientierung ihrer eigenen Erlebnisse aus vergangenen Jahren die gröbsten Fehler machen (s. auch S. 72), daß ihre allgemeinen Kenntnisse höchst dürftige sind, daß man sich auf ihre Beobachtungen bezüglich der Krankheit des zu Untersuchenden gar nicht verlassen kann u. s. w., so daß derartige Erfahrungen bei Geistesgesunden gewiß genügend zur Vorsicht mahnen, bei allfälligen Intelligenzprüfungen nur die niedrigsten Anforderungen zu stellen.

Ein mäßiger Idiot aus „guter“ Familie und hochintelligenter Umgebung kann viel mehr positive Kenntnisse haben (z. B. Kenntnis einer fremden Sprache, in Geographie etc.) als ein normal begabter Bauer. Also auch hier entscheidet nicht das absolute Wissen, sondern das relative Wissen (in Beziehung zum Wissen der Umgebung des Kranken).

Je mehr Zeit und Mühe auf die Ausbildung eines Menschen verwandt wird, ohne daß der gewünschte Erfolg auch nur einigermaßen erreicht wird, um so klarer ergibt sich die Diagnose auf angeborenen Schwachsinn. Bei Idioten steht die aufgewandte Zeit und Mühe im umgekehrten Verhältnis zum erreichten Resultat. Intelligente Kinder dagegen vermögen auch bei großen äußeren Schwierigkeiten sich genügende Kenntnisse zu erwerben.

Idioten leichten Grades sind weniger am Mangel der Schulkenntnisse zu erkennen (denn sie „kommen in der Schule gewöhnlich noch mit“, wenigstens in der Volksschule), als an der späteren Lebensführung. Sie versagen, wenn sie selbständig handeln sollen; dann tritt ihre Urteilsschwäche hervor. Sind solche Idioten brave und harmlose Idioten (siehe oben!), so können sie gute Arbeiter werden, welche gewissenhaft das tun, was ihnen aufgetragen wird.

Sind sie dagegen widerspenstig und ungehorsam, so sind sie zu gar nichts zu gebrauchen; eine große Reihe schlechter Eigenschaften macht sie mehr oder weniger un- und antisozial: Neigung, sich herumzutreiben, Faulheit, Lügenhaftigkeit, Renommisterei, perverses Fühlen, Wollen und Handeln (S. 23). Solche Idioten bilden den Uebergang zu den sogenannten moralischen Idioten (siehe später).

Idioten können erst in späterem Lebensalter in psychiatrische Begutachtung kommen (S. 64). Es ist namentlich wichtig, zu wissen, daß Idioten, die für gewöhnlich ruhig und harmlos sind, so daß sie in

Familienpflege gehalten werden können, manchmal plötzlich und ohne äußeren Anlaß auch sehr erregt werden, in unbändige Wildheit verfallen, mit Schreien, Zerstörungssucht, Gemeingefährlichkeit, um sich dann, nach kürzerer oder längerer Zeit, wieder zu beruhigen und genau so harmlos zu werden, wie sie früher waren.

Auch abgesehen von diesen Zuständen höchster Erregtheit, zeigen viele Idioten — episodisch oder mehr dauernd — psychische Symptome, welche bei oberflächlicher Betrachtung andere Geistesstörungen vortäuschen können.

So gibt es

Idioten mit (vorübergehender) heiterer Erregung und Größenwahn.

Ein derartiger Kranker äußerte:

„Ich hab viel Geld, weiß selber nicht wie viel. Ich bin Bürgermeister in Seinsheim und kriege einen Militärhut, und bin Bischof und muß Schule halten, und bin Polizeidiener. Ich bin ein Pfarrer und esse bloß Kuchen, kein Schwarzbrot. Ich bin der Bischof und lasse mich nicht rasieren. Ich bin der Kaiser und bekomme 3000 Mark für das Rasieren. Meinen besten Dank der Regierung; es freut mich selber, daß heute Hochzeit ist; es bekommt jeder 22 oder 24 Mark Trinkgeld. Ich bin Steinhauer, Steinbildhauer und Steinbrenner."

Idioten mit ängstlicher Erregung.

Idioten mit hypochondrischen Ideen.

Idioten mit (gewöhnlich episodischen) Verfolgungsideen.

Idioten mit **Triebhandlungen** (S. 25).

Idioten mit sexuellen Delikten (S. 25).

Idioten mit besonders hervortretender Gemütsveränderlichkeit (S. 16) und Gemütsirritation (S. 15), namentlich mit sinnlosen Zorn- und Wutausbrüchen.

Es zeigt sich somit die sehr wichtige Tatsache, daß nicht bloß bei dem später im Leben auftretenden Schwachsinn (Dementia simplex, paralytica [S. 123], senilis [S. 134]), sondern auch beim angeborenen Schwachsinn ganz verschiedenartige Krankheitsbilder auftreten können.

Hieraus entspringt die Forderung, entsprechend der Häufigkeit der Idiotie, bei **jedem** zur Untersuchung kommenden Geisteskranken die auf S. 64 genannte diagnostische Hauptfrage:

Ist der Kranke angeboren schwachsinnig?

zu erwägen und zu beantworten.

Körperlich ist die große Mehrzahl der Idioten völlig normal; speziell haben sie auch keine anderen Köpfe (so weit man nach dem Augenmaß urteilen kann) als Geistesgesunde. Idioten können sogar körperlich besonders wohlgestaltet und schön sein: Typus des „Salonidioten", des „schönen Idioten", der um seiner Schönheit willen z. B. auch geheiratet wird.

Die Sprache mancher Idioten zeigt Eigentümlichkeiten; einmal Stottern oder Stammeln (S. 45), welche aber nicht für Idiotie charakteristisch sind, und dann Monotonie, Mangel an Grazie, Wüstheit in Form und Ausdruck, Sprachmanieren. Bei höheren Graden der Idiotie fehlt überhaupt die Fähigkeit, richtige Sätze zu bilden (Agrammatismus).

Auch der Gang mancher Idioten zeigt Besonderheiten, Manieren, welche z. B. eine organisch bedingte spastisch-paretische oder ataktische Gangstörung, eine Peroneuslähmung u. dergl. vortäuschen können.

Die Diagnose auf Idiotie ergibt sich aus dem Vorstehenden. Wenn man sich daran gewöhnt, konsequent sich die obige diagnostische Frage vorzulegen, wird man, an der Hand der Schulkenntnisse (Schul-

zeugnisse! siehe S. 81) und der Lebensführung, eine Idiotie nicht übersehen können. Zu bemerken ist hier noch, daß es auch Idioten mit einseitiger hervorragender Begabung gibt (Gedächtnis, namentlich partielle Gedächtnisleistungen, Rechentalent, musikalische Begabung etc.).

Viele Idioten geringen und mittleren Grades werden alljährlich zum Militärdienst ausgehoben. Sie erweisen sich daselbst oft für den Frontdienst zu dumm und bilden Objekte dauernden Aergers und eventueller Mißhandlungen seitens der Vorgesetzten, sowie von Neckereien seitens der Kameraden. Ist der betreffende Idiot ein braver und gehorsamer Idiot (siehe oben!), so kann er trotz seiner Idiotie doch ein ganz vorzügliches Führungszeugnis beim Militär erhalten. Ist er dagegen störrisch und widerspenstig, so wird er dauernd bestraft werden, bis endlich Zweifel an der völligen geistigen Gesundheit auftauchen.

Auch mit der progressiven Paralyse kann die Idiotie in Differentialdiagnose treten. Denn die Paralyse kann bei einem Nicht-Idioten gerade die Schulkenntnisse wieder vernichten, welche der Idiot niemals erworben hat, so daß also der schließliche Zustand bei beiden Krankheiten der gleiche ist. War der Kranke seinem früheren Berufe nach sicher intelligent, so entscheidet dies natürlich für später entstandenen und nicht angeborenen Schwachsinn. Idioten können auch paralytisch werden (S. 133).

Die genauere Untersuchung des Intelligenzzustandes läßt sich sehr gut nach dem auf S. 84 abgedruckten Schema durchführen. Namentlich kommen hier auch die Abschnitte E, F und G in Betracht.

Vorzeigen von Gegenständen.

Prüfung der konkreten und abstrakten Anschauungen und Begriffe:

Die Wiese ist?
Der Schnee ist?
Ist das Gras blau?
Ist der Himmel grün?
Der Hund ist? (treu.)
Die Schlange ist? (falsch.)
Und unzählige ähnliche Fragen.

Untersuchung mit Bilderbuch, namentlich bei Idioten, welche nicht lesen können. Die Bilder stellen gewissermaßen Kombinationsaufgaben dar, welche die Idioten lösen sollen.

Eine Anzahl Idioten sind bildungsfähig; diesen können durch geeigneten Unterricht gewisse Kenntnisse und Fertigkeiten beigebracht werden. Schwachsinnige Kinder sollen nicht mit den Geistesgesunden zusammen unterrichtet werden, sondern in den sogenannten Hilfsschulen.

Die sogenannte moralische Idiotie.

Wenn Idioten mit starken Intelligenzdefekten („**intellektuelle** Idioten") daneben auch, vorübergehend oder dauernd, durch ihr moralisches Verhalten störend sind, so sind ihre unsozialen Eigenschaften mehr nebensächlich. Denn die Idiotie wird leicht erkannt und das Individuum interniert.

In seltenen Fällen ist man aber auch gezwungen, ein Wesen für idiotisch zu erklären rein aus Gründen, die auf dem Gebiete der Moral liegen. Ein solches Wesen könnte im Lernen ganz gut mitkommen, weiß alles, ist intellektuell begabt (z. B. sprachlich), ist aber in seiner Lebensführung trotzdem unheilbar blödsinnig. (**Moralische** Idioten.) Hierher gehören viele der sogenannten „geborenen Verbrecher", manche Individuen mit Triebhandlungen oder sexuellen Perversitäten (S. 25), manche Hochstapler und Schwindler, krankhafte Lügner. Moralische Idioten sind im höchsten Grade antisozial. Sie kommen gewöhnlich erst auf dem Umwege durch das Gericht zur Psychiatrie. Oft gelingt dann der Nachweis einer mehr oder weniger starken Urteilsschwäche einfachen Verhältnissen und Lagen des Lebens gegenüber. Die moralisch Schwachsinnigen schaden oft sich selbst am meisten durch ihre Handlungen (S. 24).

Im allgemeinen ist es, sowohl beim intellektuellen, wie beim moralischen Schwachsinn, an sich schon als ein großer Gewinn zu betrachten, wenn gegebenenfalls der praktische Arzt überhaupt an die Möglichkeit einer Idiotie denkt. So häufig die leichteren Formen des angeborenen Schwachsinns sind, so oft werden sie auch verkannt.

VI. Die Epilepsie.

Die Epilepsie (von ἐπιλαμβάνειν = ergreifen, befallen) ist, ebenso wie die Idiotie, eine häufige Krankheit. Das Charakteristische derselben sind die **anfallsartigen** (krampfartigen oder psychischen) Störungen. Für den Anfall selbst ist die Flüchtigkeit der Erscheinungen typisch. Der gleiche Mensch, welcher soeben sich völlig normal benommen hat, stürzt zusammen und windet sich in Krämpfen, oder er wird im höchsten Maße tobsüchtig und gemeingefährlich — und nach kurzer Zeit sind diese alarmierenden Symptome geschwunden, und der Kranke ist so „normal", wie er früher war.

Fig. 52.

Fig. 52. Abdruck einer heißen Ofenplatte. Verbrennungsnarbe durch einen epileptischen Anfall.

Fig. 53.

Fig. 53. Schwere Verbrennung im epileptischen Anfall. Narbige Fingerkontraktur.

Epileptiforme Erscheinungen finden sich bei Herderkrankungen des Gehirnes (Blutung [S. 109], Geschwulst [S. 111], Porencephalie [S. 137] u. s. w.) und bei diffusen Erkrankungen (progressive Paralyse [S. 125]). Man hat

diese epileptiformen Erscheinungen als „symptomatische“ Epilepsie bezeichnet.

Fig. 54.

Fig. 54. Schwere epileptische Verbrennung. Durch Narbenkontraktion Wirbelsäulendeformität.

Fig. 55. Skelett der Frau von Fig. 54. Atlas, Epistropheus und die Condylen am Os occipitale fest ankylosiert. (Aus der Skelettsammlung der psychiatrischen Klinik zu Würzburg.)

Fig. 55.

Die Eklampsie der Säuglinge ist vielleicht zu $^1/_4$ echt epileptischer Natur.

Auch unter der Diagnose: Eclampsia gravidarum (parturientium) verbirgt sich manche echte genuine Epilepsie.

Alkoholismus und Epilepsie siehe S. 103.

Trauma und Epilepsie siehe S. 115.

Die überwiegende Mehrzahl der Epileptiker hat keine erst intra vitam entstandene Hirnschädigung erlitten. Die epileptische Anlage der gewöhnlichen Epileptiker ist vielmehr **angeboren**; daher der Name „genuine“ Epilepsie. Epileptische Erscheinungen zeigen sich in etwa 50 Proz. der genuinen Epileptiker bereits im ersten Lebensjahrzehnt (siehe S. 64). Was von den übrigen **endogenen** Geistesstörungen gilt, gilt auch von der genuinen Epilepsie: Aeußere Ursachen für dieselbe (besonders der „Schreck“ im Volksmunde) gibt

es nicht. Ebenso wie jedes noch so normale und solide Ehepaar mit einem gewissen Prozentsatz Wahrscheinlichkeit ein idiotisches Kind bekommen kann (siehe S. 142), ebenso kann es auch ein epileptisches Kind bekommen.

Eine genügende Erklärung für die Epilepsie läßt sich aus der anatomischen — makroskopischen wie mikroskopischen — Betrachtung der Epileptikergehirne nicht finden. Nur muß man annehmen, daß die Hirnveränderungen der Epileptiker dauernde sind, auch wenn die Störungen nur anfallsartig sich zeigen können.

Die Symptomatologie der Epilepsie läßt sich einteilen in

A. die anfallsartigen Störungen,

B. die dauernden Störungen.

A. Nur die **anfallsartigen** Störungen sichern die Diagnose. Sie lassen sich einteilen in

I. Anfälle, welche mehr in das Gebiet der Neurologie gehören (am häufigsten ist hier der typische epileptische Krampfanfall) und

II. Anfälle akuter, rein psychischer Störungen.

Beide Arten der Anfälle können bei dem gleichen Epileptiker, gewöhnlich in mehr oder weniger regellosem Wechsel, vorkommen. Manche Epileptiker haben nur Krampfanfälle und keine akuten epileptischen Geistesstörungen — manche Epileptiker hingegen vorwiegend (oder nur?) psychische Anfälle und seltene (oder gar keine?) Krampfanfälle.

Aber jeder Epileptiker, welcher bisher nur Krampfanfälle hatte, ist jederzeit in Gefahr, auch akut psychisch zu erkranken.

I. Die Krampfanfälle und verwandte Störungen.

a) Der typische epileptische Krampfanfall.

Wird er von einer Aura (sensibler, sensorischer, motorischer, vasomotorischer Natur) eingeleitet, so ist dies für den Kranken ein großes Glück. Denn die Aura ist für ihn eine Mahnung, sich sofort hinzulegen und im Liegen den Anfall abzuwarten, so daß schwere Verletzungen durch Hinstürzen nicht zu stande kommen. Viele Epileptische aber haben niemals eine Aura und stürzen wie vom Blitz getroffen zusammen (Verwundungen an Kopf und Gesicht, traumatische Adlernase u. s. w.). Diesen **epileptischen Narben** kommt eine große diagnostische Bedeutung zu. Akute psychische Erkrankung, zusammen mit auffallend viel Narben, muß stets den Verdacht zunächst auf Epilepsie lenken.

Durch Fall gegen den heißen Ofen (wobei auch die Kleider Feuer fangen können!), Fall vom Gerüst, Fall in das Wasser können schwere Verbrennungen (Fig. 52 bis 55), Verletzungen und Tod eintreten.

Bei vielen epileptischen Anfällen läßt sich ein tonisches und klonisches Stadium unterscheiden. Andere Anfälle verlaufen aber in motorischer Hinsicht ganz regellos und können dann auch länger dauern (bis 15 Minuten und mehr). Dabei tiefste Bewußtlosigkeit, die noch längere oder kürzere Zeit nach den Krampferscheinungen anhalten kann (komatöses Stadium). Auch während des Anfalles sind noch Verletzungen häufig, namentlich die diagnostisch wichtigen **Zungenbisse** (zu finden bei etwa 50 Proz. der Epileptiker); sie kommen zu stande durch das klonische Vor- und Zurückgehen der Zunge, während die Kiefer krampfhaft auf- und zuklappen.

Manche Epileptiker sind zur Zeit ihrer Anfälle außerordentlich empfindlich gegen äußere Eindrücke. Ein einziges Geräusch kann einen Anfall herbeiführen. Bestehen dann noch schmerzhafte Kontrakturen der Nacken- und Kaumuskulatur, sowie vielleicht Temperatursteigerung, so kann das Bild eines Tetanus vorgetäuscht werden.

Epilepsia diurna: Die Anfälle kommen nur oder vorwiegend bei Tage.

Epilepsia nocturna: Die Anfälle kommen vorwiegend oder nur bei Nacht.

Die nächtlichen Anfälle im Bett geben viel weniger Gelegenheit zu Verletzungen, was diagnostisch ebenfalls nicht unwichtig ist. Wenn der Kranke ferner allein schläft, kann er gar nicht wissen, daß er epileptisch ist.

Bezüglich der Wiederkehr der Anfälle lassen sich folgende Verschiedenheiten nennen:

1) Die Anfälle kommen ganz regellos, täglich mehrmals, einmal, oder in unregelmäßigen Pausen von Tagen, Wochen, Monaten.

So kann ein Epileptiker mit täglichen Anfällen ein halbes oder ganzes Jahr und länger ohne Anfall bleiben. Solche, ganz von selbst eintretende Pausen werden zu leicht als therapeutische Erfolge angesehen, wenn eine Aenderung der Behandlung eintrat oder ein neues Mittel angewandt wurde.

Dieses regellose Auftreten der Anfälle ist das häufigste.

2) Die Anfälle kommen in ziemlich regelmäßigen Pausen.

Bei weiblichen Wesen hat die Menstruation keinen deutlichen Einfluß auf die Anfälle.

3) Die Anfälle kommen stets in Gruppen.

4) Die Anfälle kommen zu bestimmten Tageszeiten, und zwar auffallend oft zur Zeit des Einschlafens oder des Versinkens in tieferen Schlaf. Bei manchen Epileptikern treten die Anfälle mit derartiger Genauigkeit, z. B. Abends gegen 9 Uhr auf, daß von Aerzten die Ansicht ausgesprochen wurde: Diese Anfälle könnten keine epileptischen, sondern müßten „hysterische“ sein.

5) Die Anfälle treten nur in sehr langen Pausen auf (bis zu 10 und 20 Jahren). Epileptiker mit derartig seltenen Anfällen sind in Anstalten natürlich nur sehr spärlich oder gar nicht vertreten. Auch suchen sie wahrscheinlich wegen der so seltenen Anfälle niemals einen Arzt auf. Oft genug wissen sie auch gar nicht, daß sie epileptisch sind.

Bei der Häufigkeit der Epilepsie überhaupt steht nichts der Annahme entgegen, daß es auch öfters Epileptiker mit sehr seltenen Anfällen geben mag. Bekommt nun ein derartiger Epileptischer nach einem belanglosen „Unfall“ zufällig den ersten oder zweiten Anfall seines Lebens, so muß natürlich der „Unfall“ die Ursache der Epilepsie sein (vergl. auch S. 115).

Während der Anfälle oder nach denselben kommen selten auch körperliche Erscheinungen vor: „trophische“ Störungen, wie akute Hautgangrän, pemphigusartige Blasen. Ferner akute Oedeme, Blutungen (Fig. 56). Diese spontanen Blutungen bei Epilepsie, so selten sie auch vorkommen mögen, geben doch vielleicht den Schlüssel zum Rätsel der sogenannten Stigmatisation.

Der epileptische Tod.

Epileptiker können jederzeit in oder an einem Anfall sterben. Man muß hierbei aber unterscheiden zwischen dem indirekten und dem direkten epileptischen Tode.

Vom indirekten Tod kann man sprechen, wenn ein Epileptiker z. B. während des Essens einen Anfall bekommt und an einem Bissen

erstickt; wenn er im Anfall mit dem Gesicht in eine Wasserpfütze fällt; wenn er sich beim Hinstürzen eine Schädelbasisfraktur mit tödlicher subduraler Blutung oder eine traumatische Hirnzerstörung (Fig. 58) zuzieht; wenn durch den Anfall eine latente Pachymeningitis haemorrhagica interna zur tödlichen Blutung den Anlaß gibt u. s. w.

Wie die Fig. 58 beweist, kann demnach ein echter Epileptiker auch eine echte traumatische Hirnzerstörung erleiden, eventuell mit charakteristischer akuter Psychose oder posttraumatischem chronischem Schwachsinn (S. 120). Wenn nun ein solcher primärer Epileptiker früher wenig oder gar keine Anfälle hatte, aber nach der (durch die Epilepsie erst hervorgerufenen!) Hirnverletzung sich dauernd epileptisch zeigt, so wird jedermann sagen: Er ist erst infolge des „Unfalles“ epileptisch geworden. Man sieht auch hieraus, eine wie große Skepsis notwendig ist bei „Unfällen“ und Epilepsie.

Fig. 56. Eine Epileptische, welche bei jedem Anfall, und wenn er noch so leicht verlief (ohne Cyanose, ohne Stauung etc.), diffuse punktförmige Blutungen an Hals und oberer Brust bekam. Diese massenhaften kleinsten Blutungen verschwanden erst nach einigen Tagen. Die schwarze Linie zeigt die untere Grenze der Blutungen an.

Der direkte epileptische Tod ist ein echter primärer Hirntod. Der Anfall braucht hierbei gar nicht stark gewesen zu sein. Epileptiker können umsinken und sterben, ohne wesentliche Krampferscheinungen.

Der indirekte und direkte epileptische Tod können von hervorragendem forensischem Interesse sein, da ein solcher plötzlicher Tod ein Verbrechen vortäuschen oder als Folge einer Mißhandlung aufgefaßt werden kann. Der begutachtende Arzt hat demnach die Pflicht, bei unerklärlichen Todesfällen in erster Linie an einen Tod im Anfall zu denken, also (außer Paralyse) besonders an Epilepsie.

Allerdings ist der epileptische Tod, im Verhältnis zur Häufigkeit der

Fig. 57. Rückansicht der Kranken von Fig. 56.

Anfälle, ein seltenes Ereignis (siehe auch S. 68). Man muß sich immer von neuem wieder wundern, wie gut Epileptiker auch die schwersten Anfälle überstehen, wie rasch sie sich erholen und wie viele ein höheres Lebensalter erreichen.

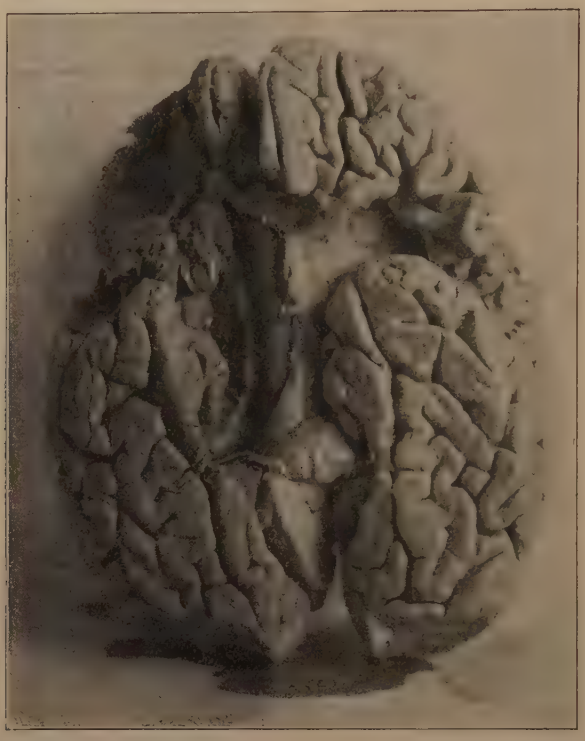


Fig. 58. Epileptiker, 45 Jahre alt. Große traumatische Hirnzerstörung im rechten Stirnlappen, hervorgerufen durch einen Sturz im Anfall. Tod 3 Wochen nach der Hirnverletzung, nach stärkster tobsüchtiger Erregung mit Sinnestäuschungen.

b) Der rudimentäre Anfall:

und zwar rudimentäre Bewußtseinsstörung (mit oder ohne leichte motorische Reizerscheinungen): Schwindel, Ohnmacht (petit mal)

oder isolierte motorische Reizerscheinungen in einzelnen Muskelgruppen. Akute und rasch vorübergehende motorische Unfähigkeit.

c) Anfallsartige Störungen auf sensiblem Gebiete: sehr schmerzhafte Neuralgien, Gastralgien u. s. w.

d) Anfallsartige Störungen auf sensorischem Gebiet — Migräne.

Nicht jede Migräne ist epileptischer Natur; aber in manchen Fällen läßt sich die Migräne als Aequivalent für einen Anfall auffassen.

Manchmal ist die Migräne auch ein Zeichen beginnender progressiver Paralyse oder von Tumor cerebri, Erweichung im Gehirn.

Alle diese epileptischen Anfälle sind in ihrem Auftreten von äußeren Anlässen ganz unabhängig, — im Gegensatz zu den sogenannten „hysterischen“ Anfällen, die von der Gegenwart von Zuschauern ab-

hängig sind und dann mit größter Heftigkeit und Häufigkeit, und nicht ohne theatralisches Gebaren vor sich gehen.

II. Die Anfälle von akuter Geistesstörung.

Die akuten Geistesstörungen der Epileptiker können unter den verschiedensten Symptomen verlaufen, z. B. als Depression, Angstanfall, Stupor, als amentia-ähnliche Psychose, als katatonischer Symptomenkomplex, so daß bei derartigen Störungen, ohne jede Anamnese und ohne Narben, die Diagnose oft nur mit einiger Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann — bis, gewöhnlich nach einigen Tagen, die Geistesstörung geschwunden ist und sich somit als epileptische Psychose dokumentiert hat. Denn auch bei den epileptischen Geistesstörungen ist im allgemeinen die Flüchtigkeit der Erscheinungen und der schnelle Wechsel aus dem Zustand der geistigen Gesundheit in denjenigen der Krankheit, und umgekehrt, charakteristisch.

In selteneren Fällen dauern epileptische Psychosen auch wochen- und monatelang. Auch paranoische Zustandsbilder kommen dann gelegentlich vor.

Zwei Arten der **akuten** vorübergehenden epileptischen Geistesstörung sind häufig und praktisch besonders wichtig:

1) die epileptische Tobsucht, bei tiefer Verwirrtheit, und
2) der epileptische Dämmerzustand.

Die epileptische **Tobsucht,** bei tiefer Bewußtseinstrübung, kann tagelang, aber auch nur minutenlang dauern. Der harmloseste Mensch wird dann in einem Augenblicke zum gemeingefährlichsten, der blindlings zerstört und tötet. Die Geistesstörung schwindet ebenso plötzlich wie sie gekommen ist; es besteht völlige **Amnesie** für das im Anfall Geschehene. Ein Teil der Epileptiker hat während der Tobsuchtsanfälle schreckhafte Sinnestäuschungen und Wahngedanken (z. B. von Gefoltert- oder lebendig Begrabenwerden), deren sie sich noch später traumhaft erinnern können. Andere Epileptiker können aber später über ihre Tobsuchtsanfälle gar nichts aussagen; auch wissen sie oft gar nicht, daß sie einen Anfall gehabt haben.

In dem epileptischen **Dämmerzustand** ist das Bewußtsein nicht aufgehoben, sondern mehr oder weniger verändert. Im Dämmerzustand tritt der epileptische **Wandertrieb** oft hervor. Ohne erkennbares Motiv, oft ohne von einer Stimmung beherrscht zu sein, laufen (oder fahren) die Kranken los. Wenn sie aus dem Dämmerzustand erwachen, finden sie sich oft in einer ihnen gänzlich fremden Stadt oder Umgebung. Es ist z. B. nachgewiesen, daß ein Epileptiker in etwa 36 Stunden die Strecke von 100 km gegangen ist. Andere fahren stundenweit mit der Eisenbahn und benehmen sich während des Dämmerzustandes leidlich korrekt. Für den Dämmerzustand besteht partielle oder völlige Erinnerungslosigkeit mit scharf umschriebenen **Gedächtnislücken.**

Auch Verbrechen, Gewalttaten (Brandstiftung, Mord) und andere triebartige Handlungen, auch sexuelle Vergehen (z. B. Exhibitionismus, S. 25) können im Dämmerzustand begangen werden.

Auch die akuten transitorischen Geistesstörungen der Wöchnerinnen (Kindesmord) sind wahrscheinlich sämtlich epileptischer Natur.

Die akuten Geistesstörungen der Epileptiker treten zum Teil im Zusammenhang mit Krampfanfällen auf:

präepileptisches Irresein, wenn die Geistesstörung dem Anfall vorausgeht,

postepileptisches Irresein, wenn sie dem Anfall nachfolgt.

Oder aber die Geistesstörung tritt selbständig auf, wie man annimmt, an Stelle eine Krampfanfalles: Aequivalent.

Oft verlaufen die akuten Geistesstörungen desselben Epileptikers in durchaus gleichartiger Weise.

Eine Art Wandertrieb, eine Unstetigkeit kann bei Epileptikern auch zu stande kommen ohne Dämmerzustand, nur auf Grund von Verstimmungen.

Die Dipsomanie (S. 104) ist in manchen Fällen ein epileptisches Symptom, indem die Kranken infolge epileptischer Verstimmungen, Angstanfälle, Verwirrtheitszustände in die Wirtschaften laufen.

B. Die **dauernden** geistigen Störungen der Epileptiker. Hier sind besonders zu nennen:

1) Die epileptische **Charakterveränderung**: Reizbarkeit, Widerwärtigkeit, Streitsucht, Neigung zu Jähzorn und Gewalttaten, Lügenhaftigkeit, moralische Defekte, Egoismus, abnorme Religiosität, krankhafte Vielgeschäftigkeit.

Diese epileptischen Charaktereigenschaften haben manchmal ein mehr periodisches Auftreten.

Die Lügenhaftigkeit der Epileptiker ist praktisch wichtig wegen der Zeugenaussagen vor Gericht. Epileptiker dürften im allgemeinen nicht vereidigt werden.

Beispiel religiöser Reden und Größenideen bei einem sehr widerwärtigen Epileptiker:

„Ich will nichts mehr essen. Ich will gläubig sein meinem Gott und will fasten. Die Leute hier sollen verhungern, wenn der Herrgott kommt mit seiner Rute und schlägt sie. Und des Morgends hat man nicht gebetet zum heiligen Franziscus. Schon seit 18. Jahren bin ich in das heilige Buch eingeschrieben worden. Und meine Geburtsmutter war dabei. In meiner Ordenszeit habe ich täglich 43. Vaterunser beten müssen. Und ich habe gesehen, daß die Leute nicht aufrichtig ihr Vaterunser beten können, und wollen nicht mehr in die Kirche gehen. Aber Ihr seid dumme Leute und Spitzbuben. Aber er liebt mich, mein Gott. Kommt herab, Ihr Engel Gottes, mit Eurem Lichte, und Ihr Heiligen alle.

Ich bin ein Nachfolger Jesu Christi und bleibe es. Gott ist mein Heil. Jesu, Dir lebe ich."

2) Die epileptische **Verblödung.**

Bestimmte Regeln über den Eintritt — oder Nichteintritt —, sowie die Stärke der Verblödung lassen sich nicht aufstellen. Im allgemeinen kann der Satz ausgesprochen werden: Je zeitiger die Epilepsie im Leben auftritt und je mehr die Anfälle sich häufen, um so stärker ist die Verblödung. Eine stärkere Verblödung pflegt demnach auszubleiben, wenn z. B. der erste epileptische Anfall erst im 3. Lebensjahrzehnt auftritt. Aber auch hier gibt es genug Ausnahmen. Die Verblödung kann eintreten auch bei sehr seltenen Anfällen.

Bei Epileptikern können die stärksten überhaupt möglichen Grade der Verblödung erreicht werden. Viele Epileptiker sind schon angeboren schwach- oder blödsinnig.

Epileptische Erscheinungen bei Porencephalie siehe S. 137.

Diagnostisch ist zu bemerken, daß ein Auftreten epileptiformer Erscheinungen nach dem 30. Lebensjahr immer zunächst an ein organisches Hirnleiden (Paralyse, Tumor, Blutung und Erweichung) denken lassen soll. Andererseits kann es sich natürlich auch um genuine Epileptiker handeln, die bisher nur äußerst seltene Anfälle hatten (siehe S. 150), und bei denen die Anfälle vorübergehend sich häufen.

Die Epilepsie ist eine unheilbare Krankheit. Vorübergehend können Bromsalze Besserung erzielen. Epileptiker, welche in Anstalten aufgenommen werden müssen, sind aber häufig so mit Brom überfüttert, daß zunächst eine Bromentziehung notwendig ist.

Nase und Rachenraum sollen stets auf Polypen und Schleimhautwucherungen untersucht werden, in der schwachen Hoffnung, durch Entfernung derselben („Reflexepilepsie") die Epilepsie günstig zu beeinflussen.

Epileptische Anfälle können, nach häufigerem Auftreten, auch ganz von selbst lange Zeit hindurch ausbleiben (S. 150). Tritt eine solche lange Pause zufällig ein, wenn ein neues Arzneimittel gegen Epilepsie angewendet wurde, so sind viele Aerzte in therapeutischem Optimismus geneigt, dem Arzneimittel die „Heilung" zuzuschreiben. — Selbstverständlich jedoch soll, bei der Hoffnungslosigkeit der Prognose der Epilepsie, therapeutisch alles versucht werden.

VII. Die einfachen Geistesstörungen.

Von „einfachen" Geistesstörungen spricht man im Gegensatz zur „paralytischen" Geistesstörung. Der Begriff: „Einfache Geistesstörung" ist also in erster Linie ein quoad vitam prognostischer Begriff (S. 68) und bedeutet dann, daß der betreffende Geisteskranke an seiner Geistesstörung nicht direkt stirbt.

Im weiteren klinischen Sinne treten die „einfachen" (oder funktionellen) Geistesstörungen in Gegensatz zu den organischen (s. S. 68) Geistesstörungen überhaupt. Demnach sind „einfache" Geistesstörungen solche, welche in ihrem Verlauf keine neurologischen Symptome zeigen, die auf irreparabler anatomischer Schädigung beruhen und eine Lokaldiagnose gestatten.

Auch Idiotie und Epilepsie sind „einfache" Geistesstörungen; indes hat man sich daran gewöhnt, diesen eine Sonderstellung zuzuweisen und sie nicht den einfachen Geistesstörungen im engeren Sinne zuzurechnen.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht spricht man von „einfachen" Geistesstörungen, wenn die makroskopische und mikroskopische Untersuchung des Gehirnes keine anatomischen Veränderungen auffindet, welche geeignet sind, die klinischen Symptome wenigstens teilweise zu erklären. Nur soll man nicht glauben, daß den „einfachen" Geistesstörungen überhaupt keine Veränderungen im Gehirn zu Grunde liegen. Man muß unterscheiden zwischen anatomisch-nachweisbaren und zwischen materiellen Veränderungen im Gehirn. Materielle Veränderungen im Gehirn gehen bei den einfachen Geistesstörungen ebenfalls vor sich; nur sind sie nicht anatomisch nachweisbar.

Es gibt gewiß zu denken, daß Menschen mit großen umschriebenen „organischen" Hirnzerstörungen dauernd geistesgesund und hochintelligent bleiben können, während man bei den eigentlich „verrückten" Personen anatomisch überhaupt nichts findet und das Gehirn eines „Verrückten" von dem eines Geistesgesunden ebensowenig unterscheiden kann, als das Gehirn eines Dummen von dem eines Hochintelligenten.

A. Die akuten und periodischen Geistesstörungen.

Als „akute" Geistesstörungen bezeichnet man nicht nur z. B. die Vergiftungsdelirien oder die akuten epileptischen Störungen, sondern in erster Linie die im folgenden zu nennende Manie und Melancholie. Die Dauer dieser „akuten" Psychosen kann bis zu einem Jahr und mehr betragen. „Akute" Krankheiten dauern also in der Psychiatrie erheblich länger als in der inneren Medizin — auch ein Beweis dafür, daß die Zeit in der Psychiatrie

eine ganz andere Rolle spielt als bei den Krankheiten z. B. der inneren Medizin.

In prognostischer Hinsicht ist das Wesentliche dieser akuten Geistesstörungen, daß der einzelne Anfall in völlige Heilung ausgeht, daß aber eine Neigung zur Wiederkehr, oder zur Periodizität der Geistesstörung besteht.

Die Manie.

Ihre Hauptsymptome sind:

Gemütsexaltation (S. 14), d. h. krankhafte **heitere Verstimmung**, und

Gemütsirritation (S. 15), krankhafter Stimmungswechsel zum zornigen Affekt;

Ideenflucht (S. 6) und Ablenkbarkeit;

Personenverkennung (S. 11);

Fig. 59. Maniakalische Kranke, welche sich infolge ihres Beschäftigungstriebes kunstvolle Frisuren gemacht hat.

Bewegungsdrang (S. 18), der sich bis zur Tobsucht steigern kann. Rededrang.

Der eigentlichen Manie geht oft ein depressives Stadium voraus; bisweilen folgt auch ein solches der Manie.

Maniakalische fühlen sich während der Exaltation außerordentlich wohl und gesund.

Proben reiner maniakalischer Ideenflucht sind:

„Sie sind Herr Rügemer, Hôtel Rügemer, Alter Bahnhof, Standbild Julius, Bürgermeister Steidle, Herr Michel. Dann auch Michelau mit eu heißts Eulenburg auch Eulenspiegel mit der Eule Doerings Seife durch Herrn Dosch Polizei, der erste von der Polizei."

Es ist notwendig, den Schlüssel zu solchem ideenflüchtigem Gedankengang zu kennen. Wer mit Würzburger Verhältnissen gut bekannt ist, versteht den inneren Zusammenhang dieser Worte sehr wohl.

Oder:

„Dom-Neumünster-Freiheit, da streiten sich die Leute herum wegen Bebauung des Platzes. Wenn sie da einen Zeitungs-Kiosk hinstellen würden wie beispielsweise in München Viktualienmarkt Reichenbachstraße links. Man denkt dabei Metropolitan-Kirche zu unserer lieben Frau quasi wegen der grünen Fahne darin, herrührend von der Schlacht bei Belgrad, die hängt links. Dann der Sarkophag. Halli-Halloh. Bärenjagd. Fürstenfeldbruck."

(Der Uebergang von dem Sarkophag von Kaiser Ludwig dem Bayern durch das Halli-Halloh zu seinem Tod auf der Bärenjagd bei Fürstenfeldbruck ist besonders schön.)

Nun geht er aber wieder weg von Ludwig dem Bayern und geht, aus der Frauenkirche, in München zu der Peterskirche, indem er fortfährt: „Dann kommt das Vermögen der Peterskirche" (dieser Satz bezieht sich vermutlich auf eine Münchner Finanzangelegenheit, die mir unbekannt ist); „dann die Heiliggeistkirche. Dann gehts hinaus nach Giesing mit der Bahn. Wenn man das Bild betrachtet, kommt man an das Isartor; da ist der Eingang" (offenbar kam er da auf die Fresken des Isartors). „Da sind die Abzahlungsgeschäfte" u. s. f.

Oder:

(Sah Zündhölzer auf dem Tisch.) „Bengalisches Feuer. Utan svafel och fosfor. (Sah ein Glas Wasser.) Le verre d'eau. Comédie par Scribe, in Musik gesetzt von Meyerbeer, Bartholomäusnacht. St. Barthélemy. Maria Stuttgart gleich der Lord läßt sich empfehlen, er ist zu Schiff nach Frankreich. Von Frankfurt spricht Heine und Goethe. Sie sind in der Musik nicht weit genug. Ich spreche immer nur in Bildern. Wer so nachpfeifen kann, der ist noch gesund. Jetzt kommt die Jeanne d'Arc. Jetzt kommt Freischütz von Weber. Musik spricht die Weise vor. Jetzt kommt Wagner. Jetzt kommt Pauline Strauß de Ahna" u. s. f.

Bei stärkerer maniakalischer Tobsucht ist ein innerer Zusammenhang der ideenflüchtigen Reden nicht mehr erkennbar. Dann erscheinen die Reden nur mehr als eine wirre Aufeinanderfolge von Worten.

Ablenkbarkeit des Ideenflüchtigen durch Sinneseindrücke aller Art. Klangassoziationen (S. 7).

Maniakalische haben auch Größen- und Ueberschätzungsideen; doch sind diese durchaus flüchtiger Natur.

Halluzinationen gehören nicht zum Krankheitsbild der Manie und fehlen bei den leichteren Graden gewöhnlich völlig.

Hypomanie, maniakalische Exaltation, bezeichnet einen leichten Grad der Manie, bei welchem der Bewegungsdrang zurücktritt: Die Kranken sind sehr heiter, witzig, etwas ideenflüchtig, lebhaft, vielgeschäftig; aber sie können sich geordnet benehmen. Es ist jedoch stets Gefahr vorhanden, daß sie in dieser heiteren Verstimmung allerhand Verstöße gegen Gesetz und Sitte begehen, große Bestellungen und Einkäufe machen. Der Arzt hat die Aufgabe, diese leichten Grade der Manie, die vom Publikum gar nicht bemerkt zu werden brauchen, zu erkennen, um im Einzelfall die Internierung solcher Kranker zu veranlassen (S. 6).

Manischer Stupor heißt ein Zustand, bei welchem die Kranken zwar heiter sind, aber motorisch und sprachlich ruhig.

Bei der stärksten maniakalischen Tobsucht (Mania gravis) sind die Kranken in ständiger sinnloser Erregung, dabei auch völlig verwirrt und halluzinierend. Das Krankheitsbild der schwersten Manie bekommt dann Aehnlichkeit mit dem, was auf Seite 20 als „Unruhe bei tiefer Verwirrtheit" bezeichnet wurde; manche Fälle von „Delirium acutum" gehören zur schwersten Form der Manie.

Abgesehen von Zeiten den schwerer Tobsucht pflegt nach der Genesung die Rückerinnerung an die Einzelheiten der maniakalischen Episode wohl erhalten zu sein.

Lebensalter und Manie (s. S. 64.) Maniakalische Anfälle können in jedem Lebensalter vorkommen, wenn auch namentlich beim periodischen oder zirkulären Auftreten der erste Anfall gewöhnlich in das 2. oder 3. Lebensjahrzehnt fällt.

Bei der Differentialdiagnose richte man sich nach den diagnostischen Grundfragen (S. 66). Es kommen hauptsächlich in Betracht:

1) Heitere Erregung bei Idiotie (S. 145).

2) Manieähnliches Krankheitsbild im Beginn des dauernden Schwachsinnes (Dementia).

3) Manieähnliche Erregung bei **progressiver Paralyse.**

4) Erregungszustände bei Epilepsie und Katatonie.

5) Manieähnliche Krankheitsbilder bei Intoxikationen und Infektionen.

Die Dauer des Anfalles ist verschieden. Die „klassische" Manie dauert gewöhnlich gegen ein Jahr. Je kürzer ein Anfall dauert, um so mehr ist ein Rezidiv oder eine periodische Wiederholung zu erwarten. Auch bei den periodisch wiederkehrenden Manien kann die Dauer der einzelnen Anfälle schwanken, derart, daß z. B. die ersten drei Anfälle etwa 14 Tage dauern, der 4. Anfall aber ein Jahr.

Die Prognose des Anfalles ist günstig; der Kranke wird wieder geistesgesund. Aber es besteht die Gefahr eines **Rezidives** oder der **Periodizität** der Manie oder des **zirkulären** Verlaufes.

Behandlung: Anstaltsbehandlung. Hier: Bettruhe. Bäderbehandlung. Scopolaminum hydrobromicum (s. S. 90; entbehrlich).

Die Melancholie.

Der Grundzug der Melancholie ist die

Gemütsdepression, die **traurige Verstimmung**, zu welcher auf intellektuellem Gebiete

Denkhemmung (S. 7) tritt, häufig auch fixierte

Wahnideen traurigen Inhaltes, und auf psychomotorischem Gebiete entweder

Erregtheit (S. 19), oder

abnorme Ruhe und Bewegungslosigkeit (S. 21). Abulie (S. 21), Sprachhemmung oder Sprachlosigkeit.

Klinisch kann man die Melancholie einteilen, je nach dem Grade der traurigen Verstimmung, in

1) Melancholia simplex, als leichteste Form, bei welcher die unmotivierte Traurigkeit das Hauptsymptom ist, öfters gepaart mit quälender „innerer Unruhe", Schlaflosigkeit und Mangel an Initiative (Abulie), von den Kranken selbst als „Willenshemmung", „Willenslähmung" gefühlt und empfunden. Schon in diesem leichten Stadium sind die Kranken selbstmordgefährlich.

2) Melancholia agitata und Angstmelancholie. Melancholische Erregung (S. 19), welche die schwersten Formen der melancholischen Tobsucht annehmen kann (Raptus melancholicus), mit grauenvollen Gewalttaten (Mord, Selbstmord, Selbstverstümmelung).

3) Melancholia attonita (S. 21). Die Kranken bieten das Bild des Stupor, der motorischen Regungslosigkeit. Doch ist das Ge-

sicht meist ängstlich gespannt; aus gelegentlichem Jammern erkennt man die traurige Verstimmung.

Die Melancholia attonita kann in die Melancholia agitata umschlagen, und umgekehrt.

Die melancholischen Wahngedanken können sein hypochondrischer Natur, Verfolgungs-, Versündigungs-, Verarmungsideen, Vergiftungswahn, wobei die Verfolgung und die erwarteten Schicksale als gerechte Strafe für die eingebildeten Sünden angesehen werden. Auch allerhand Sinnestäuschungen sind bei stärkeren Graden der Melancholie häufig; sie unterstützen und befestigen das Wahnsystem.

Beispiele der verschiedenartigen Wahngedanken Melancholischer, wobei bei dem gleichen Individuum verschiedene Arten Wahngedanken neben- oder nacheinander auftreten können:

Hypochondrischer Wahn.

„Es ist innerlich wie eingeklemmt. Es steigt in die Höhe, so daß man meint, man könne nicht mehr leben. Ich habe zu kämpfen mit dem Kopf, und der Brust und dem Leib. Das Blut geht nicht recht; es ist etwas verstopft" etc.

Hypochondrische Ideen, Selbstbeschuldigungen, Sinnestäuschungen, Verfolgungsideen:

„Seit Mitte Dezember habe ich die Schmerzen in der Seite. Ich bin inwendig ganz kaput. Der Körper ist abgemagert, und das ganze Gerippe taugt nichts. Es sind mir so die Gedanken gekommen, als hätte ich meinen Schwiegervater vergiftet. Ich habe auch Stimmen gehört. Ich habe immer hingehorcht, aber ich habe es nicht richtig verstanden. Ich meine auch, ich müßte sterben. Es ist mir gewesen, wie eine Maschine im Herzen. Es hat auch so geleuchtet auf der Bettdecke. Ich habe auch gemeint, ich werde eingesperrt, weil ich meinen Schwiegervater vergiftet haben soll und weil ich den Meineid geschworen habe."

Versündigungswahn, hypochondrische Ideen.

„Es ist mir alles eingefallen, was ich geschafft habe in meinem Leben. Es ist mir so in den Kopf gestiegen. Nachts konnte ich nicht schlafen. Ich machte mir Gedanken über meine Sünden; wie ich es getrieben habe auf der Welt, daß ich in der Welt draußen war und weg von meinen Eltern. Unkeusche Dinge habe ich getrieben und böse Wörter habe ich geredet. Es ist alles so verstopft inwendig. Im Kopf habe ich so eine Hitze und Schmerzen und ein Gefühl, als wäre ich verwirrt."

Verfolgungsideen.

„Warum komme ich denn nicht zur Verhandlung, Herr Oberstaatsanwalt? Ich höre doch jeden Tag über mir das Schreien von Menschen, die massenhaft geschlachtet werden. Geben Sie mir wenigstens den Soldatentod, eine Kugel. Aber so oft der Mann da hinten dreht (Wärter spült den Abort), werden die Geschlachteten heruntergebracht.

Ich habe gehört, mein Geschlecht soll ausgerottet werden bis in das vierte Glied. Und wer den Namen ‚Berberich' trägt, soll sich einen anderen Namen wählen dürfen. Ich will ja alles eingestehen, damit mein Gewissen erleichtert wird. Ich will für das ganze Menschengeschlecht büßen, wenn es sein muß."

Verarmungswahn.

„Man soll mir doch lieber den Kopf abschneiden. Ich habe nichts und soll doch bezahlen. Das Essen ist zu gut für mich. Das ist kein Essen für mich. Ich kann mit dem Bezahlen nicht nachkommen. Ich bin in Verzweiflung."

Verkleinerungswahn.

„Ich habe halt gar nichts mehr, ich bin zu schwach. Ich habe keinen Geist mehr. Mit der Hilfe des bösen Feindes habe ich es gemacht. Ich bin gar so klein, ein kleiner Erdenwurm bin ich geworden. Ich bin nur noch ein Schatten von früher. Ich bin so wenig auf der Welt, ich hätte mitarbeiten sollen. Ich bin ja blind und habe keinen Verstand mehr. Ich habe keinen Kopf, ich kann nichts essen. Mehr als einen Kopf kann man nicht haben. Ich habe mir meinen Kopf heruntergeschnitten."

Von praktischer Bedeutung sind auch die Selbstbeschuldigungen Melancholischer,

sei es, daß der Melancholische sich als Täter eines von ihm selbst erdichteten Verbrechens bezeichnet,

oder fälschlicherweise als Täter eines (von einem anderen begangenen) wirklich vorgekommenen Verbrechens.

So können Melancholische sich mit ihrer Selbstbeschuldigung direkt an den Staatsanwalt wenden, welcher dann in der Regel den ärztlichen Sachverständigen zu Rate ziehen wird.

Differentiell-diagnostisch kommt bei der Melancholie hauptsächlich in Betracht

bei der Melancholia attonita alle Geistesstörungen, welche mit abnormer Ruhe und Stummheit einhergehen (S. 82),

im übrigen die Paralyse, Paranoia u. s. w.

Eine typische Melancholie dauert stets mehrere Monate bis ein Jahr und länger. Viele Melancholische werden nur einmal im Leben von der Melancholie befallen. Bei anderen Kranken läßt sich eine Neigung zur Wiederholung der melancholischen Anfälle nachweisen, wobei die Anfälle oft nur ganz leicht sind (leichte traurige Verstimmung, einige Tage oder Wochen lang; keine Anstaltsbehandlung).

Die Prognose des einzelnen Anfalles quoad valetudinem ist gut. Nur im höheren Alter kann sich an eine scheinbar echte Melancholie ein geistiger Schwächezustand anschließen. Aber auch die Melancholie kann, ähnlich der Manie, wiederholt, periodisch, oder **zirkulär** auftreten.

Melancholiker sind in allen Krankheitsstadien, auch bei den scheinbar leichtesten Formen, höchst **selbstmordgefährlich**, auch manchmal **gemeingefährlich**. So töten Eheleute erst den Gatten, Mütter ihre Kinder, ehe sie sich selbst umbringen; denn die Angehörigen sollen vor dem vermeintlichen Unglück verschont bleiben.

Weiterhin ist das Leben gefährdet durch **Nahrungsverweigerung** oder dauernde ungenügende Nahrungsaufnahme (s. S. 75, 89) und Entkräftung.

Auch Melancholische **dissimulieren** manchmal (S. 9), d. h. sie verbergen ihre Depression, um die Wachsamkeit der Umgebung einzuschläfern und dann einen lange geplanten und mit oft großem Verstande überlegten Selbstmord durchzuführen.

Bei der Behandlung ist stets zu berücksichtigen, daß man den melancholischen Zustand nicht abkürzen kann. Man kann ihn nur lindern durch völlige Ruhe und Narkotika (Opium, Morphium s. S. 90), die aber oft in sehr großen Dosen gegeben werden müssten. Die beste Behandlung Melancholischer ist **stets die Anstaltsbehandlung**; bei irgendwie stärkerem Auftreten der Depression ist sie unbedingt erforderlich. Bettruhe. Sorgfältigste Ueberwachung des Ernährungszustandes und der Nahrungsaufnahme.

Die periodischen und zirkulären Formen.

Einer gewöhnlichen Manie oder Melancholie, einem kürzeren Erregungs- oder Depressionszustand kann man es nicht ansehen, ob er rezidiviert, oder periodisch ist. Erst der Verlauf entscheidet dieses; die Diagnose auf periodische oder zirkuläre Störung läßt sich erst stellen, wenn schon Anfälle vorausgegangen sind.

Von einer periodischen Manie oder Melancholie spricht man,

wenn bei dem gleichen Individuum nur expansive oder nur depressive Störungen auftreten,

von einem zirkulären Typus, wenn expansive und depressive Störungen bei dem gleichen Individuum gemischt vorkommen. Hierbei können sich expansive und depressive Zustände in den verschiedensten Kombinationen verbinden:

periodische Manie,

periodische Melancholie,

zirkuläre Geistesstörung;
oder:

oder:

und in vielen weiteren Kombinationen und Variationen.

So kann ein Kranker nur einen melancholischen Anfall haben, aber viele maniakalische, und umgekehrt. Unregelmäßige Pausen zwischen den Anfällen sind viel häufiger als regelmäßiges Wiederkehren der Anfälle nach stets gleichen Intervallen.

Die Dauer der periodisch oder zirkulär auftretenden Manie oder Melancholie ist gewöhnlich eine erheblich kürzere als die der isoliert auftretenden Manie und Melancholie, wenn auch natürlich in die kurzen Anfälle sich ein solcher von einjähriger Dauer einschieben kann.

Das Körpergewicht sinkt namentlich in der depressiven Phase oft beträchtlich; sein Wiederansteigen verkündet die Besserung oder das Schwinden der Geistesstörung.

Die leichtesten Formen periodischer und zirkulärer Störung werden oft als solche gar nicht erkannt. Bezüglich der expansiven Phase gilt das bei der Hypomanie Gesagte. Ordentliche und brave Menschen können in ihrer krankhaft heiteren Stimmung kriminell werden; sie werden dann auch bestraft, wenn weder der Richter, noch der Kranke selbst an eine (bald wieder verschwundene) Geistesstörung denkt.

Die leichten depressiven Phasen werden oft mit Diagnosen, wie: „Neurasthenie“, „Nervosität“, „Reizbarkeit“ u. s. w. bezeichnet.

Hypochondrische Klagen eines leicht Zirkulären in der depressiven Phase:

„Das Gedächtnis hat so nachgelassen. Ich kann meine Gedanken nimmer konzentrieren. Ich glaube, ich bin irrsinnig. Auch habe ich Tripper gehabt

und glaube, ich habe nun Syphilis. Ich kann mich nicht mehr in Gesellschaft bewegen, glaube, daß ich dummes Zeug rede; und bin ganz versimpelt dadurch, daß ich wochenlang nicht geistig gearbeitet habe. Auch weiß ich nicht, wie es mit dem Militär und mit meinen Uebungen wird; ich kann ja keine Entschuldigung schreiben. Auch glaube ich, daß mein Herz gelitten hat, und daß mein Blut nicht mehr in Ordnung ist! — Ich glaube, daß alle Leute mir meine Krankheit ansehen."

In solcher depressiven Stimmung, auch leichterer Art, können die Kranken genau so **selbstmordgefährlich**, auch **gemeingefährlich** sein, wie bei der einfachen Melancholie.

Der Kranke, von dem die folgenden Aeußerungen stammen, wurde mit leichter, nach einigen Tagen verschwundener Depression in die Klinik aufgenommen, nachdem er kurz zuvor seine Frau und Kinder und sich selbst hatte umbringen wollen:

„Ich habe immer den Gedanken, als müßte ich jemand umbringen. Gestern habe ich gedacht: Jetzt brennst du was an. Gestern habe ich meine Kinder umbringen wollen und mich selbst. Es kommt mir alles so von selbst in den Kopf. Auch ins Wasser habe ich gewollt. Im vorigen Jahr bin ich schon einmal ins Wasser gegangen. In diesem Frühjahr im Geschäft habe ich einen erstechen und den anderen erschießen wollen. So geht es mir in der ganzen letzten Zeit auch wieder. Da mußte ich denken: Jetzt stehst du auf und bringst deine Frau um. Und sie hat mir doch gar nichts getan; sie ist nur gut zu mir."

Ein Teil der Dipsomanen (S. 104) gehört zum periodischen oder zirkulären Irresein.

Progressive Paralyse und Katatonie können in seltenen Fällen eine periodische oder zirkuläre Geistesstörung vortäuschen. Ebenso kommen periodische Aufregungen beim angeborenen Schwachsinn und bei der Paranoia vor.

Abgesehen von der Paranoia zeigt sich im periodischen und zirkulären Irresein am reinsten der durchaus endogene Charakter der Geistesstörung. Die Anfälle sind von äußeren Gelegenheitsursachen gänzlich unabhängig. Die Anlage zur Psychose gehört ebenso zu dem Wesen des betreffenden Individuums, wie seine Charaktereigenschaften und die, oft ungewöhnlich hohe, Begabung.

Die Amentia.

Als Amentia oder akutes halluzinatorisches Irresein wird eine akute Geistesstörung beschrieben, deren Charakteristika Verwirrtheit und massenhafte Sinnestäuschungen sind. Amentia-ähnliche Krankheitsbilder sind also z. B. Fieber- und Intoxikationsdelirien. Die echte Amentia hat aber offenbar keine exogene Aetiologie; wenigstens läßt sich die Erschöpfung, die man gerne als Ursache der Amentia ansehen möchte, entweder gar nicht nachweisen, oder sie ist erst eine Folgeerscheinung der Amentia. Andererseits bekommen wirklich Erschöpfte keine Amentia. Je nach der Art der Sinnestäuschungen sind die Kranken bald heiter, bald ängstlich, auch tobend oder ekstatisch. Das motorische Verhalten der Amentiakranken zeigt aber auch alle Uebergänge bis zum völligen Stupor, welcher keineswegs durch Sinnestäuschungen motiviert zu sein braucht.

Abgerissene Aeußerungen eines im übrigen stuporösen Amentiakranken:

„Sie schießen alles zusammen. Sie sollen das Feuer einstellen. Ich muß so viel lesen und schreiben. Ich gehe jetzt. Die Leute verbrennen ja alle. Da draußen wird das Vieh zusammengeschossen. Da kann man ja nicht herein. Da brennt ja alles."

Bisweilen ist die Verwirrtheit weniger stark, dafür tritt die Wahnbildung mehr in den Vordergrund, so daß man auch von einem akuten halluzinatorischen Wahnsinn sprechen kann.

Die Amentia ist eine akute, episodische und nach Verlauf von Wochen oder Monaten in völlige Heilung ausgehende Krankheit. Die Tatsache, daß nach episodischer Verwirrtheit, traumhafter Benommenheit oder Wahnbildung mit Sinnestäuschungen wieder völlige Heilung eintreten kann, läßt es jedenfalls gerechtfertigt erscheinen, bis auf weiteres an dem Begriff der Amentia festzu-

halten. Immerhin ist die Amentia eine sehr seltene Krankheit, im Gegensatz zu den vielen amentiaähnlichen Zuständen, wie sie vorkommen können

1) bei Infektionen und Intoxikationen,

2) bei Epilepsie,

3) vielleicht auch im Verlauf des zirkulären Irreseins,

4) bei der Dementia, sei es, daß eine amentiaähnliche Geistesstörung sofort den dauernden Schwachsinn einleitet,

oder daß der Eintritt in Demenz sich in einzelnen Schüben vollzieht, mit langen Zwischenpausen scheinbarer Gesundheit.

Namentlich aber kann die Amentia

5) nur eine Episode bei dauernder Paranoia sein; der „geheilte" „Amentia"-kranke kommt nach 5 oder 10 Jahren wieder in die Klinik mit einer nunmehr ganz zweifellosen Paranoia. Was man „Heilung" geheißen hatte, war nur Latenz; und eine aufmerksame Beobachtung kurz vor der Entlassung hätte vielleicht entdeckt, daß

α) die Rückerinnerung an die Krankheit nur scheinbar nicht vorhanden war, und daß

β) die „Krankheitseinsicht" nur partiell oder überhaupt nur dissimuliert war. Die Kranken sprechen auch nach der „Genesung" noch zu viel von „ihren Nerven" und haben für viele Fragen, welche ein wirklich Geheilter zu beantworten pflegt, nur ein „paranoisches" Achselzucken.

Alle diese Erfahrungen lassen es geraten erscheinen, mit der Diagnose Amentia sehr vorsichtig umzugehen.

B. Die chronischen Geistesstörungen.

Die Dementia (simplex, praecox).

Während als „Idiotie" der angeborene Schwachsinn oder Blödsinn bezeichnet wird, versteht man unter dem Namen „Dementia" den im späteren Leben erst entstandenen Schwachsinn oder Blödsinn. Es muß als eine fundamentale Tatsache der Psychiatrie gelten, daß, im Gegensatz zu den Idioten (welche also von Geburt an schwachsinnig sind), eine Anzahl Menschen als (scheinbar) Geistesgesunde geboren werden, sich (scheinbar) im Kindesalter und zum Teil auch Jugendalter normal entwickeln, auch Schulkenntnisse erwerben, genau so wie dauernd Geistesgesunde, — daß diese Menschen aber früher oder später in den unheilbaren, dauernden, lebenslänglichen Schwachsinn („Dementia") verfallen.

Im Gegensatz zu der Dementia **paralytica** (dem tödlichen, progressiven, mit körperlichen Symptomen [Reflexstörungen, Lähmungen] einhergehenden Blödsinn), läßt sich diese Art des erworbenen Schwachsinns, welcher nicht tödlich ist, nicht progressiv, sondern stationär, und nicht mit neurologischen Erscheinungen einhergeht, auch als Dementia **simplex** (also zu den „einfachen" Geistesstörungen gehörig, s. S. 155) bezeichnen. Gebräuchlicher ist gegenwärtig der Name Dementia praecox (wohl im Gegensatz zur Dementia senilis).

Eine besondere Eigentümlichkeit der Dementia simplex ist, daß sie vorwiegend im jugendlichen Alter sich zuerst zeigt. Der Beginn der Erkrankung fällt großenteils in die Zeit zwischen dem 15. und 25. Lebensjahre, — was natürlich keineswegs ausschließt, daß manchmal der Eintritt in den dauernden Schwachsinn schon vor der Pubertät, oder erst beispielsweise nach dem 35. Lebensjahre sich vollziehen kann.

Weshalb die Dementia simplex das Jugendalter bevorzugt, entzieht sich vorläufig jeder Erklärung. Man hat die Tatsache so hinzunehmen, wie sie ist. Mit den Pubertätsveränderungen wird man den Eintritt in den Schwachsinn

schon deshalb nicht in Zusammenhang bringen können, weil zwischen Pubertät und Beginn der Dementia ein Zeitraum bis zu 20 Jahren und mehr liegen kann (siehe S. 65). Auch die der gegenwärtigen „modernen Richtung“ folgende Annahme, es handele sich um eine Autointoxikation, ist nur eine Umschreibung des: Ignoramus.

Der Volksglaube freilich ist nur zu sehr geneigt, in irgend welchen sexuellen Vorgängen die Ursache für die Dementia zu sehen (sexuelle Enthaltsamkeit; „der Same ist ihm in den Kopf gestiegen“; unglückliche Liebe, Masturbation). Aber der Arzt soll sich von solchem landläufigem Aberglauben frei halten.

Die Dementia simplex ist eine so häufige Krankheit, daß bei jeder Geistesstörung, namentlich **im 2. und 3. Lebensjahrzehnt**, die diagnostische Hauptfrage (S. 65, 69) sein muß:

Wird der Kranke schwachsinnig werden?

Während bei einem Teil der Dementia-Kranken der Eintritt in den Schwachsinn sich ohne auffallendere Symptome vollzieht, bei anderen Kranken dagegen katatonische Erscheinungen das Krankheitsbild beherrschen (siehe später), kann bei einer dritten Gruppe solcher Dementia-Kranker der Beginn (und auch zum Teil der weitere Verlauf) ein klinisch sehr vielgestaltiges Bild darbieten. Es können sich finden

„neurasthenische“, „hysterische“
depressive, maniakalische
hypochondrische, paranoische } Symptome,
Sinnestäuschungen, Verwirrtheit.

Mnemotechnisch läßt sich also merken, daß sowohl bei der
Idotie, wie auch namentlich bei der
Dementia simplex
paralytica
senilis,

d. h. also jenen Geisteskrankheiten, welche ein besonderes Lebensalter zu bevorzugen pflegen (s. S. 63 ff.), und welche mit Schwachsinn und Blödsinn einhergehen oder in einem solchen enden, die psychischen Zustandsbilder bei der gleichen Krankheit total verschieden sein können, so daß in jedem Augenblick diagnostische Verwechselung mit anderen Krankheiten (Manie, Melanchelie, Paranoia, Neurosen) und Irrtümer möglich sind. Man ersieht auch hieraus, wie wichtig es ist, sich stets jene auf S. 66 aufgeführten diagnostischen Hauptfragen vor Augen zu halten und bei der Untersuchung jedes Geisteskranken zu beantworten.

Leider gibt es aber im Beginn der Erkrankung keine untrüglichen körperlichen Symptome (etwa wie bei der progressiven Paralyse die reflektorische Pupillenstarre) dafür, ob man es mit dem Anfang eines dauernden Demenz-Zustandes oder mit einer vorübergehenden Episode günstiger Prognose zu tun hat. Die Wahrscheinlichkeits-Diagnose und -Prognose auf lebenslänglichen Schwachsinn im Beginn der psychischen Erkrankung zu stellen, erfordert sehr viel Erfahrung. Im allgemeinen werden sich nur die oben auf S. 69 gegebenen prognostischen Sätze rechtfertigen lassen, namentlich:

daß akuter Beginn und starker Affekt, oder tiefer Stupor eine viel bessere Prognose geben, als langsamer, schleichender, unmerklicher Beginn ohne stärkere, dem Laien auffallende Symptome. Tobsüchtige (maniakalische), jammernde (melancholische) oder regungslose (stuporöse) Menschen, welche dem Laien weit eher als „Geisteskranke“ imponieren, haben bedeutend bessere Aussicht auf Wiederherstellung als jene Kranken, bei denen die Erkrankung so langsam und leise

auftritt, daß die Verblödung schon erheblich ausgebildet sein kann, ehe die Verwandten überhaupt an Geisteskrankheit denken.

Der schließlich resultierende Schwachsinn oder Blödsinn der Dementia simplex kann alle Intensitätsgrade, von dem leichtesten Schwachsinn bis zu den schwersten Formen des Blödsinns, darbieten. Je nach der Besonderheit der einleitenden Geistesstörung und des Verlaufes kann auch der dauernde Schwachsinn besondere Züge aufweisen, z. B. Manieren, Verfolgungs- oder Größenideen.

Allen diesen Schwachsinnsformen aber, von den leichtesten bis zu den schwersten, ist gemeinsam **die geistige Invalidität** des Individuums. Diese tritt als Gemütsstumpfheit und Mangel an Initiative, als Inaktivität auch da hervor, wo die Intelligenz scheinbar nicht gelitten hat. In den leichtesten Schwachsinnsgraden ist die geistige Invalidität nur eine relative, d. h. sie ist nur erkennbar, wenn man die geistige Persönlichkeit des Betreffenden vor und nach der Erkrankung vergleicht. Der „glänzend begabte" Referendar fristet sein Leben als Bureauschreiber u. s. w.; er ist nicht in dem Maße schwachsinnig, daß er ganz unbrauchbar im sozialen Leben wäre. Aber er ist schwachsinnig im Vergleich zu dem, was er früher war. — Bei allen irgendwie stärkeren Schwachsinnsformen ist aber die geistige Invalidität eine absolute. Bewußtsein, Orientiertheit und Gedächtnis ist viel weniger gestört als das apperzeptive und assoziative Denken — das Kombinieren — und andererseits die Gefühls- und Willenstätigkeit. Dadurch daß das Gedächtnis und also auch die **Schulkenntnisse** vorhanden sind, unterscheidet sich die Dementia von der Idiotie (S. 81).

Die Definition des Endzustandes der Dementia als „geistige Invalidität" schließt (namentlich für die leichteren Schwachsinnsformen) auch alles das mit ein, was als „Heilung mit Defekt" bezeichnet worden ist.

Es ist eigentlich eine müßige Frage, ob eine Dementia simplex gänzlich „ausheilen" kann; denn wenn die Geistesstörung ausheilt, dann war es eben keine „Dementia", unter welcher Bezeichnung etwas dauernd Irreparables verstanden wird.

Nun kann aber doch der bleibende Defektzustand so wenig ausgebildet sein, daß die leichteste Form dieses Endzustandes einer „klinischen" Heilung nahe kommt. „Der Kranke ist mit einem blauen Auge davongekommen." Doch ist bei solchen „klinischen Heilungen" stets zu berücksichtigen, daß

1) nach Jahr und Tag ein Nachschub der Krankheit eintreten kann, mit dauernder starker Verblödung, — und daß

2) manchmal erst der spätere Lebenslauf und die Lebensführung den geistigen Defekt völlig zeigen: Nichtstun, Alkoholismus, Vagabondage, — bei weiblichen Wesen auch Prostitution.

Manche Kranke mit Dementia kommen nicht oder nur zufällig in psychiatrische Beobachtung. Der Eintritt in einen mäßigen Grad des lebenslänglichen Schwachsinnes hat sich bei ihnen so unmerklich und ohne auffallende Symptome vollzogen, daß an eine psychische Störung überhaupt nicht gedacht wird. Hierher gehören jene Fälle, in welchen ein früher gut veranlagter Mensch „entgleist", „verbummelt", „es zu nichts bringt". Gerade diese scheinbar leichten Demenzzustände aber sollte der Hausarzt, dem sie in erster Linie zu Gesicht kommen, kennen. Wie bei den leichten Formen des angeborenen Schwachsinnes, so ist auch hier schon viel gewonnen, wenn der Arzt überhaupt die Möglichkeit einer Dementia ins Auge faßt.

Ebenso entpuppen sich manche Gehorsamsverweigerungen, Widersetzlichkeiten, auffallendes Benehmen und dergl. von Soldaten als notwendige Krankheitserscheinungen der im Militärdienst ausbrechenden Demenz. Auch sind solche Kranke oft ungemein schwer von Simulanten zu unterscheiden; nur eine längere Beobachtung kann zum Ziele führen. Mancher „Simulant" ist schließlich doch verblödet. —

Man pflegt die Dementia (praecox) einzuteilen in die
Dementia hebephrenica
katatonica
paranoides.

Bei der Dementia katatonica stehen die unten zu schildernden katatonischen Symptome im Vordergrund,

Fig. 60.

Fig. 62.

Fig. 61.

Fig. 60. Kranke im katatonischen Stupor. Stereotype Kopfhaltung. Der Kopf wird im Bett nicht auf das Kissen gelegt, sondern stundenlang aufgerichtet gehalten.

Fig. 61. Katatonische in manierierter Stellung. Stereotype Aeußerungen: „Schenken Sie mir eine Pille." „Reichen Sie mir eine Ohnmacht."

Fig. 62. Grimassierender Katatoniker.

bei der Dementia paranoides die Verfolgungs- und Größenideen. Stets muß aber die „Dementia“, die geistige Invalidität, der Endaus-

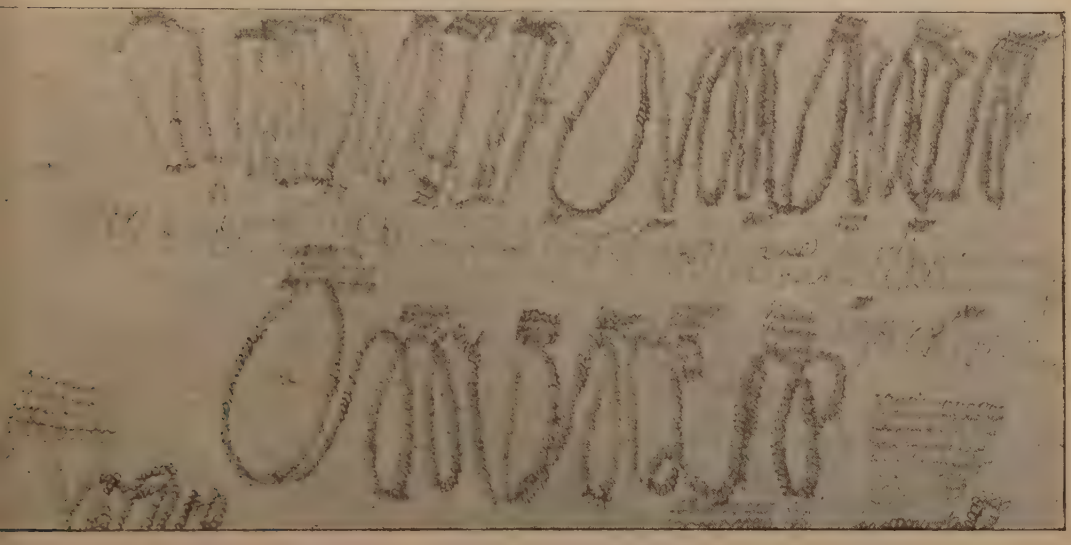


Fig. 63. Katatonische Zeichnungen (nach E. von Grabe, Zeitschr. f. Psych. Bd. 61 S. 40).

gang der Geistesstörung sein. — Uebrigens läßt sich diese Dreiteilung nicht stets durchführen; auch bei der Hebephrenie können katatonische Symptome auftreten, so daß es bei solchen Uebergangsformen mehr dem Belieben des Diagnostikers anheim gestellt ist, ob er Dementia „hebephrenica“ oder „katatonica“ diagnostiziert. Auch sind diese spezielleren Krankheitsbezeichnungen — so zweckmäßig sie für die Verständigung sind — von mehr nebensächlicher Bedeutung gegenüber der diagnostischen Hauptfrage, ob der Kranke überhaupt schwachsinnig wird?

Einige Beispiele aus Schriftstücken schwachsinnig gewordener Personen:
Sinnestäuschungen im Beginn der Dementia simplex:

„Nachts sehe ich Christi Geburt, das Leiden Christi, das Fegfeuer, den Teufel, Engel, Wölfe, Bären und noch vieles Andere. Die Tiere sehen aus, als wären sie lebendig. Als kämen sie auf mich zu und wollten mich zerreißen. Tote Menschen, wo schon gestorben sind, sehe ich im Fegfeuer und höre auch ihre Stimme und da fürchte ich mich, daß mir der Schweiß abläuft und zwar kalter Schweiß. Weiter redet eine rauhe Stimme: es ist noch Zeit, und am Ohr höre ich wieder eine Stimme, die sagt, fahre aus aus diesem Menschen. Diese Stimme, kommt mir vor, als wenn der Teufel in mir wäre. Ferner sagen die Stimmen, ich soll aufmerken, ich soll die Fenster hinausschlagen, ich soll essen, stehlen, fluchen, laufen, ich soll mich setzen, ich soll den Kopf hochhalten, und dann auch wieder hängen lassen und noch viele andere Stimmen höre ich in mir ausreden.“

Brief einer schwachsinnigen Dame:

„Liebe Tante!
Ich war so glücklich, einst war ich so froh, denn da wohnte mein Liebchen in einer Hütte voll Stroh, da es mir nicht möglich war Deine nähere Bekanntschaft zu machen, so ergreife ich die Feder, um mich schriftlich an Dich zu wenden, und Dich zu bitten um ein Rendez-vous am Bahnhof, Du wirst gewiß keinen Unbekannten finden, wenn das Dichterwort: in den Augen liegt

wohl das Herz, wahr ist, so wirst Du gewiß überzeugt sein, daß meine Wünsche in Erfüllung gehen. Liebe und Freude wechselt doch; mit einem Male verschwindet das Bild, auf Nimmerwiedersehen, denn denken wir an Goethe oder an Schiller, wie herrlich ist das Meer“ etc.

Oder folgender Brief, wobei besonders hervorzuheben ist, daß der Adressat weder in Neapel oder Pompeji war, noch dieselben jemals gesehen hatte oder hinzureisen beabsichtigte.

„Zu Deinem Namenstage nimm meinen herzlichsten Dank. Ich war erfreut, zu hören, daß Du so munter bist und daß Du so viele Vergnügungen hast. Wirst Du Dich freuen Neapel zu bewundern und alle seine Herrlichkeiten zu bewundern. Pompeji in seinen Reizen hat ein romantisches Aussehen und bewundert seine Aussichten. Wie viele Menschen sind unter Trümmern begraben und wenn man die alten Ruinen sieht und wenn man seine Reize bewundern kann; so wird man in der Ueberzeugung sein, daß alles ein brillantes Vergnügen ist, und daß man nichts von Bewunderung erfährt als wie eine Art von Raubtieren, welche sich umherirren. Kannst Du Dir eine Vorstellung von all den schönen Dingen machen; es gibt nichts herrlicheres als ein Soldatenleben. O Natur wie bist Du so prächtig. Es bewundert Dich ein guter Genius und erzählt Dir von allen den schönen Erinnerungen, die da kommen sollten und trotz allen den merkwürdigen Ereignissen, wird man doch einmal den Vorsatz erreichen, daß man nur zeitweilige Erinnerungen umfaßt.

Gedenke stets in treuer Liebe Deiner.....“

Beispiel einer Dementia mit dauernden Verfolgungsideen (Dementia paranoides):

Referendar a. D., zur Zeit 40 Jahre alt. Hat das Abiturienten- und Referendarexamen mit sehr gutem Erfolg bestanden. Seit 15 Jahren im Zustande der geistigen Invalidität. Manieren.

Er wird von X. aus benachteiligt. Auch in Würzburg sind Personen angestiftet, ihn zu belästigen und zu verspotten:

„Sogleich habe ich, nach meiner Uebersiedelung nach Würzburg, das auffallende Geschrei, Gejohle und Pfeifen gehört, und ebenso, daß die Tür, namentlich bei Nacht, sehr laut zugemacht wurde. Und Stimmen: ‚Pst! Pst! Laß sein!‘ Um zu verhindern, daß falsche Gerüchte gegen mich ausgestreut werden, war ich auch beim Staatsanwalt. — Dann haben sie auch mit Dreck und kleinen Steinen nach meinem Fenster geworfen. Und dann habe ich ein helles Klirren gehört. Ich hörte Kichern von Kindern. Die ganze Geschichte, auch meine Einsperrung hier, ist von X. aus veranlaßt worden.“

Gedicht eines schwachsinnigen Lehrers:

Trauerlied.

1.
Jählings starke Zeder brach,
Allemannen tilgend Schmach.
Märchenhaft die Kunde. —
Möchte seine Herrscherhand,
Erbend Ruhm in jedem Land,
Tragend ihn im Bunde.

2.
Divisionen ihn beteuern
In den spätern Tagen
Eilig sie verzagen.
Scepter neuer Hand erstanden,
Ebneten so oft in Banden.
Schutz nur sie versprachen.

3.
Ruhmred' sei ihm dargebracht.
Euer Sinn hat stets gewacht
In den Wilhelmstagen.
Cäsar man verlieren mußte.
Heldentaten viel man wußte,
Blüten ihn umragen.

4.
Endigte auch früh sein Stolz,
Siechte er vor unsern Blicken,
Caribden gleich sich anzuschicken
Heulend über Sarges Holz.
Leise lispeln schon die Blätter,
Immer klagend über'n Retter.

Der berühmte schwäbische Dichter Friedrich Hölderlin (geb. 1770) ist im Jahre 1802, also in seinem 33. Lebensjahre, in den Stand des Schwachsinns eingetreten; und er hat in diesem Stand dann noch 41 Jahre lang gelebt (bis zum Jahre 1843). — Im Jahre 1837 hat er z. B. folgendes schwachsinnige Gedicht niedergeschrieben[1]):

Der Herbst.
Den 16. September 1837.

Die Sagen, die der Erde sich entfernen,
Vom Geiste, der gewesen ist und wiederkehret,
Sie kehren zu der Menschheit sich, und vieles lernen
Wir aus der Zeit, die eilends sich verzehret.

Die Bilder der Vergangenheit sind nicht verlassen
Von der Natur, als wie die Tag' verblassen
Im hohen Sommer, kehrt der Herbst zur Erde nieder,
Der Geist der Schauer findet sich am Himmel wieder.

In kurzer Zeit hat vieles sich geendet,
Der Landmann, der am Pfluge sich gezeiget,
Er siehet, wie das Jahr sich frohem Ende neiget
In solchen Bildern ist des Menschen Tag vollendet.

Der Erde Rund mit Felsen ausgezieret
Ist wie die Wolke nicht, die Abends sich verlieret,
Es zeiget sich mit einem goldnen Tage
Und die Vollkommenheit ist ohne Klage.

Die Katatonie.

Die Katatonie (κατὰ und τείνειν, spannen) hat ihren Namen von einem ihrer Hauptsymptome: dem abnormen Spannungszustande der Muskeln. Die Muskeln können sich steinhart anfühlen, um im nächsten Augenblicke wieder weich zu sein.

Als katatonische Symptome bezeichnet man weiterhin:

Stereotypien in Haltungen und Bewegungen. Einmal eingenommene Haltungen können stunden-, tage- und wochenlang beibehalten (Fig. 60, 61), einmal gemachte Bewegungen dauernd wiederholt werden.

Gesichtsverzerrungen, stereotypes Grimassieren (Fig. 62), „Schnauzkrampf" u. s. w. Viele Bewegungsstereotypien geschehen im Rhythmus.

Als Manieren bezeichnet man auch stereotype Eigentümlichkeiten aller Art, welche so oft wiederholt werden können, daß sie gewissermaßen zur zweiten Natur werden. Manieren beim Sprechen, Schreiben, Essen, Gehen.

Beispiele von Sprachmanieren (Verbigeration):

„Eine Schrift hab ich gewißt
Das umgekehrt ist
Der bei hellem Verstand ist
Du ein kleiner Mann bist
Du einer kleiner kleiner Mann bist
(Dutzende von Malen wiederholt).

Weil es bei mir ist
Nein umgekehrt ist
Daß der Mann nicht so fein ist
Und bei mir Schluß ist
Fertig ist
Du ein feiner Mann bist
(Dutzende von Malen!)
Umgekehrt ist
Daß Gott vom Himmel ist
Daß das mir ganz egal ist
Denn das geht jetzt mit Jesus Christ
Ich weiß nicht was ist."

1) Friedrich Hölderlins sämtliche Werke. Herausgegeben von Christoph Theodor Schwab, Stuttgart (Cotta) 1846, Bd. 2 S. 345.

Oder, unter gleichzeitigen anderen manierierten Bewegungen während des Vortrages:

(Die völlig sinnlosen Laute, welche die Kranken immer wieder an die Wörter anhängt, stößt sie häufig in einer Weise heraus, die am besten bezeichnet wird durch das Wort: Jodeln.)

„Ich habe noch keine Freude berichterongongong. Sie haben Freude. Ich weiß nichts. Ich bin eine Närrin gewesen. Dum derong. Ich muß jetzt dann sehr sehr eben ho ho oh ei Oho o o o oll.

(Während dieser Reden fährt sie beständig mit dem Kopf nach abwärts und drückt ihre Nase an die Knie.)

Fri si das ist die große Nonne.

Ich weiß nicht, wie das gemeint ist.

Ja bala bala bexa.

Adieu patelsiriorirankt.

Ich bring doch alles schön raus.

Lebendi bedingst. Adieu bon latiment. Eine schöne Nonne war dies.

Sie war so sehr begürst. Paslan zescht Nonne.

Das sind tolle Fäcker.

Babilla Caren diat.

O ihr tollen Fäcker Costabere Curot. O ihr tollen tollen Fäcker.

Pö Pö Pö. Ihr wißt noch kleine Kinder wird ihr. Anders Name Tormandia. Do dori di.

Ihr seid hochmütig. Dasala Cader Cold. Und ich bin demütig.

Ich darf nicht zuerst hinschmecken."

Oefters kommt auch ein scheinbar absichtliches „Danebenreden", „Vorbeireden" vor, das sehr leicht den Verdacht auf Simulation erwecken kann.

$3 \times 8 =$ „25"

$4 \times 4 =$ „17" u. s. w.

Manierierte Zeichnungen vergl. Fig. 63.

Der Negativismus ist ein wichtiges Symptom Katatonischer. Während man unter einem „negativen" Verhalten ein passiv ablehnendes, negierendes verstehen würde, bezeichnet ein negativistisches Verhalten ein aktives Widerstreben gegen irgendwelche Beeinflussung. Beim Versuch, den Arm in eine andere Lage zu bringen, wird der Arm krampfhaft mit großer Gewalt festgehalten; bei der Aufforderung, etwas zu tun, wird das Gegenteil getan.

So ist ein Teil der Fälle von Nahrungsverweigerung als Negativismus aufzufassen. Die Kranken, welche ohne künstliche Fütterung verhungern würden, sträuben sich gegen die Fütterung auf das heftigste, ohne daß offenbar Wahnideen hierbei eine Rolle spielen.

Als Negativismus ist auch die große Unsauberkeit solcher Kranker aufzufassen. Urin und Kot werden niemals in das Klosett entleert, sondern stets nach Verlassen des Klosetts auf den Boden oder in das Bett.

Auch der Mutacismus (Stummheit) kann ein negativistisches Symptom sein, wenn auch natürlich Geisteskranke aus den verschiedensten Ursachen stumm sind (siehe S. 82).

Im Gegensatz zum Negativismus, welcher sich als eine verminderte, bezw. erschwerte Beeinflussung bezeichnen läßt, steht die erleichterte Beeinflußbarkeit, ebenfalls als „katatonisches" Symptom, wie sie z. B. in der Katalepsie (S. 22 und Fig. 1) zum Ausdruck kommt und sich bis zur Befehlsautomatie (S. 22) steigern kann.

Echolalie = die Kranken reden mechanisch alles nach.

Echopraxie = die Kranken ahmen vorgemachte Bewegungen nach.

Gewöhnlich ist man bei allen diesen Symptomen nicht im stande zu sagen, ob ihnen irgend ein Motiv (Wahnidee, Sinnestäuschung) zu Grunde liegt, oder ob sie direkte motorische Krankheitserscheinungen sind.

Die sogenannten katatonischen Symptome kommen, einzeln oder kombiniert, nicht nur bei der Katatonie vor, sondern gelegentlich auch z. B. bei der progressiven Paralyse, Epilepsie, Hirntumor, Urämie und anderen Intoxikationspsychosen; seltener auch bei Manie, Melancholie, Idiotie u. s. w.

Das Auftreten katatonischer Symptome, ohne Berücksichtigung des

Krankheitsbeginnes und -verlaufes, der Gefühlslage des Kranken u. s. w., ist für die Prognosenstellung nicht zu verwenden.

Man kann die Katatonie generell zur Dementia rechnen (Dementia katatonica, s. o.). Man kann sie aber auch als Krankheit sui generis betrachten, und das um so mehr, da

1) die Katatonie sich viel weniger an ein bestimmtes Lebensalter bindet als die Dementia. So sind Neuerkrankungen an Katatonie im 5. bis 7. Lebensjahrzehnt keine Seltenheit; — und

2) Symptomenkomplexe, welche man der Katatonie zurechnen muß, eine erheblich bessere Prognose quoad restitutionem geben können, als die Dementia sie gibt.

Katatoniker (d. h. also Kranke, welche in hervorragendem Maße eines oder mehrere der genannten katatonischen Symptome aufweisen, ohne doch an einer andersartigen Krankheit [Paralyse, Epilepsie u. s. w.] zu leiden) zeigen von psychischen Erscheinungen Zustände von Stupor (S. 21), oder Erregung bestimmter Art. Der Stupor kann das Krankheitsbild völlig beherrschen; oder Stupor und Erregung wechseln in zirkulärem Typus ab. Seltener sind reine katatonische Erregungen, ohne Unterbrechung durch stuporähnliche Zustände.

Andere Katatoniker äußern vorwiegend Wahngedanken (Vergiftungs-, Verfolgungs-, Größenwahn), oder sind, besonders im Beginn der Krankheit, von Sinnestäuschungen beherrscht.

Hysteriforme Züge bei Katatonie.

Katatonische Kontrakturen.

Bemerkenswert ist ferner der plötzliche Wechsel der psychischen Symptome; Kranke, welche soeben noch starke Erregungen gehabt haben, können im nächsten Augenblick „normal“ erscheinen, und umgekehrt.

Im Verlaufe der Katatonie, ebenso wie der Dementia, können anfallsartige oder mehr dauernde Störungen auf **körperlichem** Gebiete vorkommen: Ohnmacht, Schwindel, schweres Koma, epileptiforme Zustände. Von neurologischen Symptomen ist (selten!) Stauungspapille besonders hervorzuheben. Die Katatonie ist es ferner vor allem, bei welcher, namentlich im Beginn der Erkrankung, die Kranken auch einen körperlich schwerkranken Eindruck machen können. Katatoniker können (wenn dies auch selten genug vorkommt, s. S. 69) an ihrer Hirnkrankheit sterben.

Körpergewichtsschwankungen bei Katatonie: S. 29.

Niedere Temperaturen bei Katatonie (ohne Abmagerung!) s. S. 31.

Empfindungslosigkeit bei Katatonie: S. 54.

Bezüglich der Prognose der Katatonie gilt im allgemeinen — soweit eine Prognose überhaupt stellbar ist — das bei der Dementia Gesagte: daß akuter Beginn und starke Erregung oder tiefer dauernder Stupor eine bessere Prognose geben, während langsamer und schleichender Beginn von vornherein eine schlechte prognostische Vorbedeutung sind. Die Verblödung bei Katatonie kann außerordentlich hohe Grade erreichen.

Ein tiefer Stupor, von der auf Seite 21 geschilderten Art, ist für sich allein (ohne Katalepsie, ohne Befehlsautomatie etc.) nicht ohne weiteres als „katatonischer“ Stupor zu diagnostizieren. Auch die Melancholie kann einen ähnlichen Stupor, einschließlich der Muskelspannungen, hervorrufen. Und vielleicht gibt es drittens einen primären, heilbaren Stupor, als reine episodische Geisteskrankheit (entsprechend der Amentia, S. 162) und ohne daß jemals die Befürchtung eines Rezidivs oder einer folgenden katatonischen Verblödung drohte. Es ist kein untrügliches Merkmal bekannt, nach welchem man

stets einen katatonischen von einem melancholischen (und einem primären) Stupor im Zustandsbild unterscheiden kann. Erst der Verlauf, oder das Hinzutreten anderer Symptome, entscheidet manchmal. Kann man den Kranken nicht längere Zeit beobachten, so ist man oft genötigt, **die Diagnose: Stupor zu stellen**, ohne diesen Stupor näher charakterisieren zu können.

Aber auch ein Stupor, den man mit gutem Gewissen als katatonischen Stupor bezeichnen darf, kann in völlige Heilung ausgehen, ohne daß im geringsten etwas von der auf Seite 165 genannten „geistigen Invalidität" zu bemerken ist.

Bei anderen solchen Kranken kommt es allerdings, nach monate- oder jahrelangen Pausen mit (anscheinend) völliger Gesundheit, doch von neuem zur Erkrankung, die nunmehr in Blödsinn enden kann. Man spricht in solchen Fällen von einem Rezidiv, einer **in Schüben verlaufenden Katatonie**; und der Zwischenraum mit scheinbarer völliger Heilung heißt Remission. Umfaßte diese Remission aber einen großen Zeitraum (5, 10, auch 20 Jahre), so kann man schließlich ebensogut von einer Neuerkrankung sprechen.

Die Paranoia.

Als Paranoia (von παρὰ und νοῦς, dem deutschen Wort „Verrücktheit" entsprechend) wird eine chronische Geisteskrankheit bezeichnet, bei welcher die häufig ganz besonnenen, im Denken und Handeln sonst geordneten Kranken fixierte und gewöhnlich zu einem **Wahnsystem** verbundene Wahnideen produzieren, und zwar vor allem Verfolgungwahnideen und die damit mehr oder weniger verwandten Eifersuchts-, Beziehungs- und Vertauschungswahnideen, dann aber auch hypochondrische, religiöse und Größenwahnideen.

Die inhaltlichen Einzelheiten der Wahnideen sind hierbei mehr nebensächlicher Natur; sie wechseln je nach Intelligenz, Bildung, Stellung und Beruf.

Verfolgungswahnideen (allein oder mit Halluzinationen) sind an sich noch niemals für Paranoia charakteristisch. Sie finden sich, wie schon früher hervorgehoben, einmal bei allen stationären oder progressiven Schwachsinnsformen, teils episodisch, teils mehr dauernd:

Idiotie mit Verfolgungsideen (S. 145);

Dementia mit Verfolgungsideen. Diese können so sehr dominieren, daß man von einer Dementia paranoïdes sprechen kann.

Dementia paralytica und senilis } ebenfalls hie und da mit Verfolgungsideen.

Weiter aber beobachtet man Verfolgungsideen namentlich bei der **Melancholie.** Die Differentialdiagnose: ob Melancholie? oder Paranoia? kann sehr schwer sein, ist aber doch nach Möglichkeit zu versuchen, da die Prognose beider Krankheiten eine ganz verschiedene ist. Ferner können Verfolgungsideen geäußert werden beim chronischen **Alkoholismus** (akute Halluzinose, S. 100), Cocainismus und anderen Vergiftungen.

Die Paranoia ist eine Krankheit von **lebenslänglicher** Dauer. Sie durchzieht das Leben des Kranken wie ein roter Faden. Sie bestimmt Tun und Lassen, beeinflußt das Gefühlsleben, wurzelt tief in der Persönlichkeit und ist gewissermaßen ein Bestandteil derselben. Die Paranoia ist das typischste Beispiel für die rein endogene Entstehung einer Geisteskrankheit. Paranoiker werden als solche geboren, auch wenn die Abnormität erst im späteren Leben zum Ausbruch kommt.

An ihren Wahnideen halten die Paranoiker mit größter Zähigkeit fest. Vernunftgründe vermögen das Wahnsystem nicht im geringsten zu beeinflussen. Man darf aber deshalb bei Paranoikern nicht ohne weiteres von „Urteilsschwäche" sprechen. Paranoiker denken und fühlen in manchen Punkten anders, als andere Leute.

Im übrigen können sie hochbegabt sein und, soweit sie durch ihre Paranoia nicht gehindert werden, in ihrem Berufe sehr Tüchtiges leisten. Manche Paranoiker kommen niemals in Anstalten, wenn ihre Wahngedanken derartig sind, daß sie keine Kollision mit Gesetz und Sitte herbeiführen, Leben, Gesundheit und Wohlergehen der Mitmenschen nicht bedrohen, und wenn die Kranken selbst von akuten Aufregungszuständen verschont bleiben.

Es liegt nicht im Wesen der Paranoia, daß diese zum Schwachsinn führen muß. Die Mehrzahl der Paranoiker bleibt bis zum Lebensende intelligent. Manche Paranoiker werden von ihren durchaus normalen Verwandten überhaupt nicht als geistig abnorm angesehen, was ebenfalls als Beweis dafür gelten kann, daß sie nicht schwachsinnig sind. Tritt die Paranoia sehr stürmisch auf, so kann wohl auch, außer der Einengung des intellektuellen Horizontes, außer mehr oder weniger hervortretender Einseitigkeit und Einförmigkeit des geistigen Lebens, dauernde Verwirrtheit oder ein Schwachsinn verschiedenen Grades sich einstellen. Erreicht derselbe jene Grade, welche berechtigen, von einer „geistigen Invalidität“ (S. 165) zu sprechen, so kann man den Endzustand und retrospektiv die ganze Geistesstörung auch Dementia paranoïdes nennen. Aber es ist von nebensächlicher Bedeutung, ob man in solchen Fällen von Paranoia mit folgendem Schwachsinn, oder von Dementia paranoides spricht. Die Uebergänge sind fließend. Auch handelt es sich in der Psychiatrie gar nicht darum, in schematischer Weise Krankheiten abzugrenzen da, wo es sich um angeboren kranke Persönlichkeiten handelt.

Die Mehrzahl der Paranoiker wird aber, wie gesagt, nicht geistesinvalide. Manchmal können sich bei Paranoia merkwürdige Endzustände ausbilden: indem der Kranke, wenn er nur den Mund auftut, den größten Unsinn produziert, dabei aber ein geschickter, nachdenkender, mit Initiative arbeitender Mensch ist.

Beispiel völlig verwirrter Reden eines derartigen alten Paranoikers:

„Das unsinnige Leben entspringt aus Thatlohn, der nicht gelebten Welt. Das ursprüngliche Leben entgibt keinen Unsinn. Das mitgesprängliche Leben der Entspringlichkeit dieser ursinnigen geborenen entsteht aus Meinachte der Götter-Besinnlichkeit (Wollen wirs deutsch machen) Also der Unsinn dieser Leben entsteht aus Beileid Gottes des gerechten Rüge, wovon Gott keine Gefälligkeit sucht. Der mit hinlänglicher Gotteswürde, die keine Sinnlichkeit trefflicher Welten haben, hängen Gottes Beileid Ende, in welcher der Herr des Lebens versichert wird. Was dieser Versicherung dieses Lebens dient, ist die Ausdauerung der nicht vertauglichen Welt. Gott sichert nicht darauf einen Gottes-Stand als die Geheimheit Gottes erlöst. In diesem prinzipium der Studierten und gelehrten Völker hat er keine Aufnahme auf Besitzlichkeit, diese Krankheitszustände der gelöhten Magd Wilhelmine von Deutschland.“

Viele Paranoiker haben **Halluzinationen,** welche, je nachdem, in mehr kontinuierlicher Weise auftreten, oder episodisch, und dann gewöhnlich zusammen mit starken vorübergehenden Aufregungs- und Verwirrtheits- oder mit Stuporzuständen. Halluzinierende, aber besonnene Paranoiker, namentlich solche mit Gehörstäuschungen, sind zunächst stets als **gemeingefährlich** anzusehen. Plötzliche Mord- und Gewalttaten können Folge von Gehörstäuschungen sein. Aber auch nicht halluzinierende Paranoiker können — z. B. beim Eifersuchtswahn — gemeingefährlich werden. Immerhin kommen doch, in Anbetracht der Häufigkeit der Paranoia, selten Unglücksfälle vor. Zwischen dem Vorsatz solcher Kranker und der Ausführung des Entschlusses liegt noch immer eine große Kluft. Nur soll der Arzt niemals darauf bauen, daß im gegebenen Falle ein Unglück „wahrscheinlich nicht geschehen werde“.

So hat eine Paranoische, 1907 in die Klinik aufgenommen, u. a. folgendes gesagt:

„Ich werde beständig von gewissen Personen verfolgt. Selbst in der Kirche

und bei Nacht habe ich keine Ruhe. Ich fühle es namentlich oft bei Nacht ganz deutlich, wie die Zauberer und Hexen mir am Herzen herummachen und mir den Herzschlag antun wollen. Wenn die Sache nicht vom Gericht verfolgt wird, werde ich mir, so wahr Gott lebt, selbst helfen und den Leuten das Messer in den Leib stechen."

Die Nachforschungen haben ergeben, daß die, im Jahre 1907, 49 Jahre alte Kranke schon wenigstens 20 Jahre lang paranoisch war, ohne jemals in eine Anstalt gekommen zu sein.

Ihr Bruder, ebenfalls lebenslänglich paranoisch und 1888, sowie 1895 vorübergehend in Irrenanstalten interniert, hat 1898 (46 Jahre alt) seinen und ihren 58 Jahre alten Bruder erstochen. Er stach mit einem Brotmesser in die Herzgegend; der Tod trat nach wenigen Minuten ein. Er hat diese Tat begangen infolge einer Halluzination. „Gott hat es befohlen! Ich bin von meinem himmlischen Vater hierher gesandt worden, damit ich in seinem Reiche weile. Gerade dadurch, daß ich meinen Bruder erstochen habe, ist die Wunde geöffnet, und ich bin in die Nähe Gottes gekommen."

Um die Paranoia in Verlauf und Aeußerung verstehen zu können, ist unbedingt notwendig die Kenntnis von der Latenz der Paranoia und von der Kombination zwischen Paranoia und Hypochondrie.

Von einer **Latenz** (welche etwas durchaus anderes ist als die Dissimulation, vergl. S. 9) der Paranoia spricht man, wenn nach irgend einem stärkeren Aufflackern der Paranoia die letztere sich so sehr beruhigt, daß die ihrem Beruf wieder nachgehenden intelligenten Kranken als geistig völlig normal gelten müssen. So kann auf eine Episode stärkerer paranoischer Aufregung ein Latenzstadium von 5 bis 20 Jahren und mehr folgen, wie überhaupt die Zeit bei der Paranoia gar keine Rolle spielt. Ein derartiges Latenzstadium kommt also klinisch einer „Heilung" gleich; und dem Kranken gegenüber wird der Arzt auch stets von „Heilung" sprechen. Nur soll er selbst darüber klar sein, daß er die Länge der Latenzperiode nicht kennt und daß die Paranoia sich jeden Augenblick wieder regen kann. Deshalb soll der Arzt auch niemals von einer wirklichen, definitiven Heilung, z. B. eines Beziehungswahnes, einer „akuten Paranoia", einer „hysterischen Psychose" sprechen, wenn der Kranke 5 bis 10 Jahre lang scheinbar normal war. Auch manche „Amentia" gehört in das Gebiet der Paranoia (S. 163).

Paranoiker in der Latenz scheinen insofern geheilt zu sein, als sie mehr oder weniger Krankheitseinsicht haben (oder simulieren?). Wenn man sie aber eingehender examinieren will, dann „rücken sie nicht recht mit der Sprache heraus". Man hat den Eindruck, als wüßten sie mehr, als sie sagen wollten. Sie sprechen nur in allgemeinen Wendungen von „ihren Nerven" und dergl. (vergl. auch S. 163).

Als Latenzstadium der Paranoia kann auch dasjenige Stadium bezeichnet werden, in welchem der Paranoiker nur hypochondrische Ideen äußert. Das hypochondrische Vorstadium der Paranoia kann jahre- und jahrzehntelang dauern. Ebenso kann zwischen zwei paranoischen Aufregungen jahrzehntelang der Kranke nur hypochondrisch sein.

Die Möglichkeit einer sehr langen Latenz der Paranoia wird z. B. offenbar auch viel zu wenig berücksichtigt, wenn ein Kranker mit 70 Jahren manifest paranoisch wird. Man könnte dann zu sehr geneigt sein, von „seniler" Paranoia zu sprechen, während z. B. eingehende Nachforschungen im Heimatsort des Kranken ergeben, daß der Kranke bereits 20 bis 40 Jahre früher offenkundig paranoisch war (ohne Anstaltsbehandlung), dann aber wieder latent, oder nur hypochondrisch wurde. Wie viele kurzerhand aufge-

nommene Anamnesen mögen so wertlos sein, weil die Berichterstatter im höchsten Maße unorientiert über den früheren Lebenslauf des Kranken sind.

Die **Kombination der Paranoia mit der Hypochondrie** ist nicht nur sehr häufig, sondern ihre Kenntnis ist für den Arzt auch sehr wichtig. Aus Gründen der Einteilung folgt in diesem Buche die Hypochondrie erst nach der Paranoia. Wäre die Einteilnng nach zeitlichen Gesichtspunkten vorgenommen, dann müßte die Hypochondrie direkt vor die Paranoia zu stehen kommen. Nicht jeder Hypochonder ist, oder wird paranoisch. Aber die Hypochondrie ist gewissermaßen „das Mistbeet, auf welchem die Giftpflanze der Paranoia aufwächst", und zwar, um im Gleichnis zu bleiben, bald als Giftpilz, der in einer Nacht entsteht, aber schnell wieder zerfällt, — oder aber als langsam und zu stattlicher Höhe wachsender Strauch, oder Baum. Viele Menschen sind 5 bis 10 bis 20 Jahre und länger anscheinend rein hypochondrisch, ehe die Paranoia sich zum ersten Male manifestiert.

Manche „nervenleidende" Dame der ersten Gesellschaftsklassen, welche im Laufe der Jahre gewisse nicht sehr auffallende Eigenheiten zeigt, und bei welcher nach und nach sich z. B. bestimmte Antipathieen gegen einzelne Familienmitglieder — woraus dann Familienkonflikte zu entstehen pflegen — entwickeln, ist weiter nichts als hypochondrisch — paranoisch. Solche Beispiele ließen sich in ungezählten Mengen anführen; diese Kranken kommen niemals in Anstaltsbehandlung. Aber nur die Psychiatrie lehrt derartige Zustände überhaupt verstehen.

Andere Paranoiker sind, nachdem sich ihre Paranoia verläufig beruhigt hat, jahrelang rein hypochondrisch. Oder Paranoia und Hypochondrie äußern sich zu gleicher Zeit nebeneinander. Es kommt jede Kombination zwischen Hypochondrie und Paranoia vor. Während ein Teil der hypochondrischen Klagen Paranoischer durch die Absurdität von vornherein als „verrückt" auffällt, läßt sich die Mehrzahl der hypochondrischen Klagen von Menschen, die paranoisch sind oder es in ihrem Leben noch werden, nicht abgrenzen von dem, was man gewöhnlich als „neurasthenische Hypochondrie", „Hystero-Hypochondrie", „Neurasthenie" oder „Hysterie" bezeichnet. Ja, es läßt sich durchaus die Ansicht vertreten, daß die autonome Hypochondrie und die Paranoia nur verschiedene Aeußerungen derselben Krankheitsanlage sind. — Es läßt sich einem „neurasthenischen" Hypochonder nicht ansehen, ob er nach einem Jahre oder nach 20 Jahren, oder ob er niemals offen paranoisch wird. Indes wird der innere Zusammenhang zwischen Hypochondrie und Paranoia genügend illustriert durch die Tatsache, daß viele Hypochondrische schließlich doch als „Paranoische" einpassieren, nachdem sie jahrelang unter den verschiedensten Diagnosen (Blutarmut, Rheumatismus, Magenkatarrh, Wanderniere u. s. w.) in ärztlicher Behandlung waren, eventuell sogar operiert wurden.

Folgender wörtlich abgedruckte Brief von der einfachen Frau eines dauernd Paranoischen zeigt deutlich genug die Entwickelung der Paranoia aus der Hypochondrie:

„Meinem Mann fehlte es schon längere Jahre, schon bei seiner ersten Frau (vor 17 Jahren!), an Stuhlgang. Wenn er nicht abführte durch Karlsbader-Salz, oder Ricinus-Oel, bekam er keinen Stuhlgang. Hatte auch ab und zu Kopfschmerzen, immer so stichweise. Im Frühjahr vorigen Jahres war er in Würzburg bei Herr Doctor H., welcher sagte, er habe chronischen Magencatarrh und verschrieb ihm ein weißes Pulver, worauf er über mehr Kopfschmerzen klagte. Als es dann begann warm zu werden, wurde sein Kopfschmerz immer heftiger. Später ging er zu Herrn Doctor J. wegen Kopf-

schmerz und Stuhlgang; dieser verschrieb auch Pulver und Aloëpillen zum Abführen. Die erste Zeit nützten sie, dann nicht mehr; es wurde nicht besser. Der Kopfschmerz wurde immer ärger; er konnte nicht mehr schlafen, manche Nacht nicht eine Stunde. Am 6. Januar holte ihn sein Schwager, er solle einige Zeit bei ihm bleiben und fleißig baden, worauf er auch besser schlafen konnte. Er ging auch zu einem Professor, welcher sagte, seine Kopfnerven seien überreizt. Er bekam eine Arznei, worauf es etwas besser wurde. Auf die letzte Arznei wurde sein Kopfschmerz wieder heftiger. Er nahm die Arznei nicht; er behauptete, er würde blind davon. Es kommen ihm solch verkehrte Gedanken in den Kopf: alle Leute bekämen Hilfe; nur er nicht. Er werde chicaniert von allen Aerzten. Er ist gegen mich sehr eifersüchtig und mißtrauisch: Ich sei eine Giftmischerin; er ißt nichts, was ich ihm gebe. Ich sei beeinflußt, belehrt von andern Leuten; und ich wolle ihn blos unterdrücken und aus der Welt schaffen. Alle Leute gucken ihn an und lachen ihn sogar aus; selbst von kleinen Kindern wird er ausgelacht. In der Zeitung steht alles verkehrt, und der Herr Pfarrer predigt alles verkehrt, und alles bezieht er auf sich. Er ist manchmal seines Lebens ganz überdrüssig, und dann sucht er wieder Hilfe. Am unruhigsten ist er in der Nacht. Er bleibt nicht im Bett und läuft hinaus auf die Straße, und dann kommt er wieder und legt sich schlafen. Er wollte sich schon zweimal erschießen und hat mich auch zweimal geschlagen, weil ich ihm nicht die Wahrheit sage und ihn blos hintergehe. Den andern Leuten sage ich alles; blos er bekomme keine Wahrheit und Klarheit; und er komme mir noch besser, er treibe mir meinen Eigensinn noch heraus."

Dieser Kranke war 15 Jahre lang anscheinend rein hypochondrisch, bis die Paranoia sich regte, und zwar charakteristischerweise zunächst gegen die Aerzte.

Als weitere Symptome der Paranoia erkennt man aus dem Briefe

Eifersuchtswahn,
Vergiftungswahn,
Verfolgungswahn,
Beziehungswahn,
Selbstmordversuche,
Bedrohungen gegen die Frau.

Der Kranke trug in letzter Zeit stets einen Revolver bei sich und hat verschiedentlich geäußert, er wolle die Frau erschießen. — Wird als gemeingefährlich interniert.

Es ist nicht so ganz selten, daß der Paranoiker den ihn wegen der hypochondrischen Leiden behandelnden Arzt in sein Verfolgungssystem hineinbezieht, weil ihm Arznei oder Elektrisieren geschadet habe. So können dem Arzte sehr unangenehme Situationen, sogar Gerichtsverhandlungen erwachsen.

Ebenso wie Menschen als Hypochonder zu bezeichnen sind, deren hypochondrische Ideen ständig wechseln und bei denen demnach nur die hypochondrische Anlage vorhanden ist, — ebenso müsser auch Menschen als paranoisch bezeichnet werden, bei denen der Inhalt ihrer Wahnideen wechselt und nur die paranoische Anlage besteht. So kann bei einem Paranoiker während und infolge des Anstaltsaufenthaltes sein früheres Wahnsystem ganz zurücktreten. Dagegen richtet sich die Paranoia des Kranken nunmehr mit aller Intensität gegen Aerzte und Personal der Anstalt; und er setzt, wieder entlassen, Presse, Publikum und Staatsanwaltschaft mit seinen paranoischen Angaben in Bewegung.

Man kann also bei einem Teil der Hypochonder und Paranoiker von einer **Beeinflußbarkeit der Wahnideen** durch äußere Umstände reden. Es ist aber von größter, auch praktischer Wichtigkeit, die Diagnose in solchen Fällen nicht etwa auf „Hysterie", sondern auf Paranoia zu stellen, womit die Störung auch in prognostischer Hinsicht viel klarer charakterisiert ist.

Manche Hypochonder und Paranoiker sind — wenigstens zeitweise — ferner auch der therapeutischen Suggestion seitens des Arztes sehr zugänglich. Auch sind viele Hypochonder und Paranoiker ebenso oder in noch höherem Maße hypnotisierbar als Gesunde. Doch versäume der Arzt niemals, eine Hypnose nur in Gegenwart einer dritten Person vorzunehmen. Gar zu leicht kommt es sonst zu jenen gefährlichen Anschuldigungen gegen

Aerzte, namentlich von weiblichen Patienten: Sie seien während der Hypnose sexuell gemißbraucht worden, — Anschuldigungen, die man euphemistisch als „hysterische Lügen und Konfabulationen" bezeichnet hat, die aber doch im wesentlichen paranoischer Natur sind.

Der sexuelle Verfolgungswahn ist eine sehr häufige Unterart des Verfolgungswahnes. Die Gedanken vieler Hypochonder oder Paranoiker bewegen sich, episodisch oder dauernd, vorwiegend auf sexuellem Gebiet. Bei sexuellen Wahngedanken, namentlich zunächst hypochondrischer Natur, ist der Arzt gar zu leicht mit der Diagnose „Hysterie" bei der Hand, während doch die Diagnose „Paranoia" nicht bloß die einzig richtige ist, sondern auch den Arzt ermahnen würde, Sexuell-Paranoischen gegenüber so vorsichtig und mißtrauisch zu sein, als nur möglich, gerade wegen der Gefahr der oben erwähnten sexuellen Anschuldigungen.

Auszug aus der Krankengeschichte einer Sexuell-Paranoischen:

Therese M. hat viel geschrieben, um sich über die Verfolgungen und das Unrecht zu beschweren, das ihr angetan werde. In diesen Schriftstücken zeigt sich keine Verwirrtheit, sondern sie trägt ihren Verfolgungswahn klar und zusammenhängend vor. — Gegenwärtig ist die dominierende Wahnidee, daß sie sexuell mißbraucht werde von katholischen Pfarrern und von Aerzten. — Sie verlangt deshalb fortwährend gynäkologische Untersuchungen, oft in sehr stürmischer und aufdringlicher Weise.

„In Hildburghausen haben diejenigen, die mir nicht wohlwollen, Beziehungen. Es sind die ärztlichen Kreise, von denen ich auch in der Vergangenheit viel gelitten habe. Diesen Herrn wird in der Anstalt Hildburghausen Glauben geschenkt. Gerade so wie ich auch mit einem hochangesehenen Arzt in Würzburg große Unannehmlichkeiten hatte. Den Namen dieses hochangesehenen Arztes nenne ich aber nicht. Man würde mir doch nicht glauben, daß dieser solche Schlechtigkeiten begehen könnte. Dieser wird mir mit seinem Wort auch in Hildburghausen schaden, wenn er die Calamität herumdreht, die ich mit ihm hatte."

Oder folgende Aufzeichnungen einer Paranoischen:

„Anna Maria Josephine A. geb. am 19. März 1874. Im 4.—5. Lebensjahre bin mit den Kindern spazieren gegangen; und wir haben Blumen gepflückt. Da kam ein Haufen Knaben daher und fing uns. Dabei waren Barbara S., Margareta V. und ich. Margarete V. ist davongelaufen. Mich haben sie hingelegt. Erst hat er mir etwas in den Mund gestopft. Dann habe ich mich gewehrt und sagte, ich will heim. Da packten sie mich und legten mich nieder. Da thaten sie mit mir, was sie nur wollten. Einer setzte sich auf die Brust, weil ich nicht halten wollte, und zwei haben die Hände gehalten. Wann sie genug mit gethan hatten, haben sie mich wieder aufgehoben und gesagt: jetzt darfst Du heim." —

„Ich ging später nach Würzburg und bat um Aufnahme. Die Oberin versprach es mir und ich ging dann in die Marienanstalt. Nachts spürte ich, wie Jemand an mir herum machte. Als ich erwachte, sah ich noch wie sie mit dem Licht davon sprangen. Ich wäre gern darin geblieben. Aber sie gaben nicht nach und schickten Briefe und Karten, bis ich wieder hinausging."

Aus einem späteren Briefe der gleichen Kranken:

„Liebe Base, ich teile Euch mit, daß ich nicht an meiner Krankheit schuld bin, daß nur meine Geschwister und mein Vater daran schuld sind. Es war im Frühjahr und ich war sehr müde und schlief Nachts. Auf einmal erwachte ich und spürte wie man meinen Hals zuhielt und Jemand mit aller Gewalt auf mich drückte und Böses an mir that. Ich warf ihn mit Gewalt von mir, sprang aus dem Bette und lief ihm nach. Er lief geschwind in sein Zimmer und legte sich in Bett und verläugnete es mir. Ich kann es beschwören, daß er es war."

Selbstverständlich hat auch diese Kranke die Aerzte beschuldigt, sie unsittlich berührt zu haben. Sie hatte viel mit Aerzten zu tun, weil sie behauptete: Sie habe sich durch einen Sprung verdorben und einen Bruch zugezogen. Alles dies war aber ebenfalls nur Einbildung.

Solche angebliche sexuelle Erlebnisse Paranoischer haben gegenwärtig wieder ein größeres „aktuelles“ Interesse erlangt, nachdem die Lehre von den „sexuellen Traumen“ als Ursache der „Hysterie“ wieder von neuem aufgetaucht ist. Selbstverständlich sind aber solche Erzählungen „Hysterischer“, d. h. größtenteils Paranoischer, Produkte paranoischer Einbildung oder Sinnestäuschungen. Und kein Arzt, welcher nur ein wenig Kenntnis von Geistesstörungen hat, wird derartigen Erzählungen Paranoischer auch nur den geringsten Glauben beimessen.

Dementsprechend ist es auch nur als eine bedauerliche Verirrung zu bezeichnen, wenn sexuell-paranoisches Gerede, für dessen Tatsächlichkeit jeder Schatten eines Beweises fehlt, als wahres Erlebnis aufgefaßt und als Ursache der Geistesstörung oder Neurose angesehen wurde — oder wenn sogar durch entsprechende Fragen, durch Suggestion und Hypnose, die in solchen Dingen (Aberglaube!) nur allzu lenkbaren Gedanken der Kranken erst auf das Sexuelle hingelenkt wurden. Wer kritiklos die spontanen oder hineinsuggerierten Erfindungen und Erinnerungsfälschungen Paranoischer und „Hysterischer“ als bare Münze nimmt und als Ursache der Geistesstörung ansieht, deren Folge sie sind, der steht bezüglich seiner Leichtgläubigkeit auf der gleichen Stufe wie etwa die Hexenrichter im Mittelalter.

Außer dem Verfolgungswahn und dem hypochondrischen Wahn können auch die anderen auf S. 7 ff. genannten Wahngedanken bei der Paranoia angetroffen werden.

Beispiel von Beziehungswahn:
„Auf der Reise merkte ich, daß die Leute sehr auf mich aufpaßten. Es stieg ferner ein Mann in das Coupé, den ich schon vorher in anderer Gestalt gesehen hatte; derselbe wies einen Zettel vor, auf dem etwas von mir stand. Da bin ich auch auf verschiedenes aufmerksam gemacht worden.
Eines Tages merkte ich, daß wieder etwas los sei. Da sagte der Professor im Kolleg: ‚Es sind Heuchler unter uns‘. Auf der Straße sah ich zwei Amseln, die mich anschnatterten. Mein Herz hat so gezogen, auch fernerhin“ etc.

Der Größenwahn des Paranoikers hält sich gewöhnlich nur in mäßigen Grenzen. Je abenteuerlicher und ungereimter die Größenideen, um so mehr hat man Berechtigung, von Schwachsinn zu reden. Der intelligente Paranoiker verheimlicht sogar oft genug seine Größenideen, und nur aus Andeutungen und Plänen klingt der Stolz, zu etwas Großem berufen zu sein.

Eine besondere Unterart der Paranoia ist der **Querulantenwahn**. Die querulierenden Paranoiker glauben sich rechtlich irgendwie benachteiligt, prozessieren jahrelang, schreiben beleidigende Briefe und Broschüren, opfern ihr ganzes Vermögen dem Prozeß — bis endlich die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit des Querulanten auftaucht.

Nicht jeder chronische Querulant ist ein querulierender Paranoiker. Manche Querulanten sind rechthaberisch, von starkem Selbstgefühl, leicht erregbar und empfindlich, aber nicht eigentlich geisteskrank. Andere Querulanten gehören den leichten Formen der periodischen Manie zu.

Oft verläuft die Paranoia gewissermaßen episodisch. Der Kranke ist tage-, wochen-, monatelang aufgeregt, gewöhnlich auch verwirrt und halluzinierend. Solche Aufregungen können die stärksten Grade der Erregung und Tobsucht erreichen. Dann beruhigt er sich aber wieder; die Paranoia wird latent, und der Kranke kann wieder wie früher seinem Berufe nachgehen (Amentia-ähnliche Krankheitsbilder, S. 163).

Aus der Selbstschilderung einer halluzinatorischen Episode bei Paranoia:

„Unter dem Fußboden sowohl wie oberhalb der Decke glaubte ich das Prasseln der Flammen zu vernehmen und die Gluthitze zu spüren.

Ich sah, wie ein neben mir liegender Patient oft verzweiflungsvoll aus dem Bette heraussprang, auf dem Zimmerboden herumlief, immer die Füße hochhebend, damit er dieselben nicht verbrenne. Einmal war mir, als ging ich zwischen 2 Bettstattstollen auf und ab und gewahrte zu meinem Schrecken, wie die Zimmerdecke sich herabsenkte, immer tiefer, so daß sie fast mein Haupt berührte. Die Qual, welche ich da ausstand, war eine entsetzliche. In allen diesen Phantasien war auch meine Schwester in Mitleidenschaft gezogen: Bald hörte ich ihre Stimme durch die Wand, mit der sie mich anflehte, ihr etwas Essen zukommen zu lassen, da sie sonst verhungern müßte. Ein anderes Mal flehte sie mich dringend an, sie von dem Dache herunterzutun, auf welches man sie hinaufgetan habe, und wo sie dem Flammentode preisgegeben sei.

Ich hörte das Rasseln der Spritzen, die Rufe des Kommandanten und das Tönen der Signale. Ich selbst befand mich einmal, wie ich glaubte, im Hofe; es war Mangel an Wasser und in meiner Verzweiflung schob ich selbst eine leichte Spritze in das Feuer hinein. Gräßlich war es mit anzusehen, wie die Flammen aus den Fenstern herausschlugen, wie die ganze Front sich auf die Seite senkte, und dabei die Rufe zu hören: Jetzt verbrennen sämtliche Kinder. Ganz deutlich roch ich den Duft gebratenen Menschenfleisches, und, was das Eigentümlichste an der ganzen Sache ist, ich selbst sollte alle diese Schrecken verschuldet haben. Auf den Dächern und an allen hervorragenden Punkten saßen Persönlichkeiten, welche im einförmigen Tone sangen: Der Wágener hats getan, der Wágener hats getan" etc.

Im Gegensatz zur Latenz, bei welcher die Wahnideen völlig schweigen, ist die bei Paranoischen so häufige **Dissimulation** (S. 9, 96) ein Zustand, bei welchem ein Paranoiker mit **manifesten Wahnideen** dieselben hartnäckig verbirgt, z. B. während der Anstaltsbeobachtung, um dann, entlassen, der gleiche gemeingefährliche Mensch zu sein, wie früher. Viele Paranoiker sind dem Arzte gegenüber die harmlosesten Menschen; aber ein zu geringes **psychiatrisches Mißtrauen** dem dissimulierenden Paranoiker gegenüber hat sich schon manchmal gerächt.

Paranoiker, welche an irgend einem Plane ein Interesse haben, führen diesen mit bewunderungswürdiger, „paranoischer" Zähigkeit durch. So diente ein Kranker mit manifestem blühenden Verfolgungs-, Beziehungs- und Größenwahn ein volles Jahr lang als Einjährigfreiwilliger beim Militär, ohne daß seine Geistesstörung bemerkt wurde. Dieser Paranoiker wollte das Dienstjahr als Beweis für seine geistige Gesundheit benutzen. —

Bemerkenswert ist der **Wandertrieb** mancher Paranoischer. Ein häufiger, nicht so recht motivierter Ortswechsel ist immer verdächtig auf Paranoia. Manche Paranoiker wechseln ihren Wohnsitz ständig, weil sie sich verfolgt glauben. Andere ziehen in der Welt herum infolge bestimmter Wahngefühle. Andere unternehmen Reisen, fluchtähnliche Entweichungen und ähnliches aus unmotiviertem Freiheitsdrang.

Eine Paranoische schrieb:

„Ich möchte meine Freiheit haben und nicht so eingesperrt sein. Meine Freiheit will ich und wandern draußen in der Welt. Das ist nicht etwa Wandertrieb und Verfolgungswahn, wie ich hier geschildert werde. Meine Freiheit ist ja nur das Wandern allein. Wenn dies ein krankhafter Zustand sein soll, so möchte ich hier meine Meinung sagen: Ich liebe Jesus über alles. Und auch Jesus unser Heiland ist sein Leben durchgewandert, ist nicht an einem Ort geblieben. Warum kann ich nicht gerade so gut in der Welt draußen sein und mich mit meinem Heiland freuen, — etwa weil die Welt mit mir macht, was sie will?!"

Diese Kranke, ein einfaches, aber intelligentes Dienstmädchen, war denn auch in den meisten Nachbarländern Deutschlands „herumgekugelt". —

Von weiteren Eigentümlichkeiten bei Paranoia ist noch zu erwähnen die „paranoische Privatsprache". Als solche bezeichnet man Ausdrücke, welche der Kranke selbst prägt und mit einer besonderen, zunächst nur ihm verständlichen, Bedeutung belegt. Solche Wortneubildungen sind nicht zu

verwechseln mit den Wortneubildungen Katatonischer oder Dementer, die völlig sinnlos sind.

Paranoischer Privatstil.

Paranoisches Gedrucktes, in Zeitungen, noch mehr in Büchern und Broschüren.

Nach dem oben Gesagten kann man, außer der kontinuierlich manifesten Paranoia, Paranoische antreffen,

1) welche paranoisch werden erst nach jahre- oder jahrzehntelanger Hypochondrie;

2) welche gewöhnlich nur hypochondrisch sind, und bei denen die Paranoia episodisch auftritt und wieder schwindet;

3) welche ebenfalls episodische Aufregungen oder Stupor haben (gewöhnlich mit Sinnestäuschungen und Verwirrtheit); doch liegen zwischen solchen Episoden jahre- bis jahrzehntelange Latenzpausen, in denen der Kranke scheinbar ganz normal ist.

Die Paranoia ist eine häufige Krankheit. Ihre Prognose ist insofern ernst, als es sich um eine dauernd abnorme Anlage handelt (s. S. 70), und man im Einzelfalle nie sicher voraussagen kann, ob eine Latenz, eine relative Heilung eintreten wird oder nicht. Viele Paranoiker müssen dauernd interniert gehalten werden (manifeste Wahnideen, Sinnestäuschungen, Gemeingefährlichkeit), weil eine Latenz nicht eintritt.

Bei anderen Paranoikern aber ist die Prognose doch eine erheblich bessere. Während durch die Diagnose auf Dementia von vornherein die geistige Invalidität bescheinigt wird, stellt die Diagnose auf Paranoia insofern einen „relativen Ehrentitel" dar, als mit der Paranoia an sich eine geistige Invalidität nicht verbunden ist. Viele Paranoiker können in der Latenz ihrem Berufe ungeschädigt nachgehen.

Als charakteristisches Beispiel kann in dieser Hinsicht die intelligente, fleißige, zuverlässige „paranoische Köchin" gelten, welche, für gewöhnlich blos hypochondrisch und „etwas verdreht", zeitweise stärker paranoisch wird und dann auch vorübergehend in Anstalten aufgenommen werden muß. Nach einer solchen Episode pflegt sie dann auf Jahre hinaus ihren Dienst wieder zur vollsten Zufriedenheit zu versehen.

Nicht allzu selten wird den viel beschäftigten praktischen Arzt auch einmal ein Paranoiker in der Sprechstunde konsultieren. Die Schwierigkeiten, die Paranoia zu erkennen, können hierbei für den Arzt sehr groß sein. Doch soll der Arzt es gelernt haben, im gegebenen Falle wenigstens mit der Möglichkeit einer Paranoia zu rechnen und dementsprechend vorsichtig zu sein. Während bei innerlich und chirurgisch Kranken der Arzt auf die anamnestischen Angaben des Kranken angewiesen und gewöhnt ist, sie als wahr hinzunehmen, muß er den Angaben des Paranoikers von vornherein mit größter Skepsis und **Mißtrauen** gegenübertreten. Dies gilt in besonderem Maße bei auszustellenden **Gutachten**. Der Arzt mache es sich zur Pflicht

1) niemandem ein Attest über geistige Gesundheit auszustellen, wenn er den Betreffenden nur aus kurzen Konsultationen in der Sprechstunde kennt. Wenn jemand ein Attest über geistige Gesundheit fordert, so ist es gewöhnlich ein Paranoiker (vergl. S. 96),

2) überhaupt nichts in einem Gutachten zu bescheinigen, was er nicht selbst kontrollieren kann.

Das einem Paranoiker ausgestellte Zeugnis eines Arztes begann folgendermaßen:

„Wurde schwer verletzt, indem sein Kopf mit großer Gewalt in eine Stubentür gezwängt wurde. Unmittelbar nach erlittener Verletzung fiel er bewußtlos um. Diese beiden Tatsachen hat er mir selbst erzählt. . . .“

In Wahrheit aber existierten diese beiden „Tatsachen“ nur in der Einbildung des Paranoikers und seines gläubigen Arztes.

Eine derartige **Leichtgläubigkeit** hat dem Arzte schon manche unangenehme Situation geschaffen.

VIII. Die sogenannten Neurosen.

a) Die Hypochondrie.

Hypochondrische Wahnideen (S. 8) können, ähnlich wie die Verfolgungsideen vorkommen, einmal beim angeborenen oder später entstandenen Schwachsinn (Dementia simplex, paralytica, senilis), ferner bei Melancholie und der Depression im zirkulären Irresein, bei Paranoia, — dann aber auch, je nach der individuellen Veranlagung, als reine Episode nach schweren körperlichen Krankheiten (Infektionskrankheiten, besonders Typhus) und (durchaus im Bereich des Physiologischen) als sogenannte Mediziner-Hypochondrie.

Jeder aufmerksame Arzt weiß, daß auf körperliche Erkrankungen die einzelnen Menschen ganz verschieden reagieren. Leute mit schweren, inkompensierten Herzfehlern, mit Lungentuberkulose, junge Mädchen mit Magengeschwür und schweren Blutungen arbeiten — als ob die Krankheit gar nicht bestünde — bis zum völligen Versagen der Kräfte. Von der geringsten Besorgnis um die eigene Gesundheit keine Spur. Diesem einen (seltenen) Extrem — der völligen Gleichgültigkeit bei objektiven schweren Körperkrankheiten — steht das andere (viel häufigere) gegenüber: die übergroße Aengstlichkeit bei geringfügigen körperlichen Krankheiten. Man hat dieses letztere Verhalten wohl auch Hypochondria cum materie genannt.

Ob zwischen der Hypochondria cum materie und der eigentlichen Hypochondrie (sine materie) nur ein quantitativer Unterschied besteht, oder ob beide etwas dem Wesen nach Verschiedenes darstellen, ist gewiß nicht ohne weiteres zu entscheiden. Die echte Hypochondrie ist jedenfalls stets eine Hypochondria sine materie. Wenn ein Hypochonder ein schweres Magenleiden hat, so beziehen sich seine hypochondrischen Befürchtungen gewöhnlich nicht auf das kranke Organ, sondern z. B. auf das Knie.

Außer den hypochondrischen Wahngedanken bei anderen Geisteskrankheiten gibt es auch eine primär auftretende Hypochondrie, welche, ebenso wie die Paranoia, eine in der Anlage des Menschen beruhende, durchaus **endogene** Krankheit ist. Als Hypochonder sind auch die überwiegende Mehrzahl der sogenannten „Neurastheniker“, „Nervenkranken“ und ein Teil der „Hysterien“ zu bezeichnen.

Der Name „Hypochondrie“ kommt von Hypochondrium. Denn die Mehrzahl der Hypochonder verlegt ihre Beschwerden in den Unterleib. Die Aerzte früherer Zeiten kurierten bei Hypochondrie auch auf den Unterleib. Heutzutage ist es die „Autointoxikation“ aus dem Unterleib, die chronische „Vergiftung“ mit „Stoffwechselprodukten“, welche vom Unterleib aus schädlich auf das Gehirn und Rückenmark wirken soll. Also: weil die Hypochonder ihre Beschwerden großenteils in den Unterleib lokalisieren, so muß der Unterleib auch wirklich die Schuld an der hypochondrischen Verstimmung haben. Wenn man aber den paranoischen Ideen Kranker die nötige Kritik entgegenbringt, warum nicht auch den hypochondrischen Ideen, wenn diese auch etwas weniger „verrückt“ erscheinen? Würde wirklich eine reell bestehende Verstopfung durch „Autointoxikation“ zu psychischen Symptomen führen können, dann würden diejenigen Aerzte ein unverantwortliches Spiel

treiben, welche (z. B. bei Perityphlitis) durch Opium absichtlich eine vieltägige Verstopfung herbeiführen.

Es ist auf das allerbestimmteste zu betonen, daß jene leichten Verdauungsstörungen, „Stauungen im Pfortaderkreislauf", „Störungen der Blutverteilung im Unterleib" nun und nimmermehr solche „nervöse", d. h. hypochondrische Beschwerden verursachen.

Das Primäre ist stets die hypochondrische Anlage. Wo diese fehlt, da rufen auch die stärksten Verdauungsbeschwerden keine „Verstimmung" hervor. Wie wäre es sonst zu erklären, daß manche Wesen 8-, auch 14-tägige Verstopfung haben, ohne jedes psychische Mißbehagen und ohne alle Beschwerden, abgesehen von den reellen Beschwerden der Stuhlverhaltung?

Wenn dagegen der Hypochonder über Stuhlverstopfung klagt, so ist es in der Regel so, daß er infolge seiner Hypochondrie täglich mehrmals zum Klosett läuft, sich den Stuhlgang auspreßt, dadurch Kopfschmerzen bekommt, die Verdauung in die stärkste Unordnung bringt und überhaupt schon von „Verstopfung" redet, wenn nicht täglich mehrere breiige Stühle erfolgen.

Die hypochondrischen Beschwerden sind außerordentlich mannigfaltig, aber im großen und ganzen doch vielfach wiederkehrend:

Stuhlverstopfung. „Nervöse Magen- und Darmbeschwerden". „Der Magen verdaut nicht recht." „Im Stuhl geht Schleim ab." Kalte Füße. Reißen in den Beinen. Rückenmarksstechen. Seitenstechen. Hitze in den Händen. Herzklopfen. „Herzleiden." Zittern im Körper. Gedächtnisnachlaß. Kopfdruck. Kopfschmerzen. Rückenschmerzen. Schlaflosigkeit. „Nervosität." Aufgeregtsein. Schreckhaftigkeit. Allgemeine Mattigkeit. Ohnmachten und Schwindel. Zittern. Schwere Träume. Schwäche. „Nervenschwäche" (gemeint ist hiermit, bei Männern, meist Impotenz, oder die Folgen der Onanie [s. S. 72]), u. s. w.

Der Hypochonder ist aus und durch wahnhafte Einbildung krank. Seine Aufmerksamkeit ist stets nur auf den eigenen Körper gerichtet. Depressive Stimmung oder Angst sind die gewöhnlichen Begleiterscheinungen. Ebenso wie der Paranoiker von seinen Sinnestäuschungen und Wahngedanken überzeugt ist, ebenso fühlt auch der Hypochonder seine Leiden als Wirklichkeit und glaubt an dieselben. Ebenso wie die Paranoia ist auch die Hypochondrie durchaus autonom, d. h. unabhängig von äußeren Umständen, worunter man auch die wirklichen (nicht eingebildeten) Vorgänge im eigenen Körper begreifen kann.

Dementsprechend ist die „veränderte Selbst- oder Organempfindung", von welcher man bei Hypochondern spricht, als ein rein psychischer Vorgang aufzufassen. Den Schmerzattacken der Hypochonder entspricht kein peripherer Vorgang im Körper, wie etwa eine Neuralgie oder Gastralgie; sie sind als reine Sinnestäuschungen aufzufassen.

Auch die Parästhesien, die jeder gesunde Mensch hin und wieder an sich fühlt, aber nicht weiter beachtet, werden von Hypochondern wahnhaft umgedeutet und geben den Stoff zu dauernden Illusionen oder Halluzinationen des Gefühls.

Die Zustände am eigenen Körper scheinen verändert: der Kopf ist geschwollen; es werden Knochenhöcker gefühlt, die früher noch nicht dagewesen sein sollen. Die Arme sind abgemagert, die Hände blau, die rechte Bauchseite schmäler als die linke.

Folgende Aufzeichnungen einer hypochondrischen Frau sind ein Beispiel für hypochondrische Klagen:

„Ich bin 2 Tage vor Neujahr ins Wochenbett gekommen und habe mich da gleich vom 1. Tage an erkältet, dadurch, daß ich eine Stunde herausgelegen bin und am 1. Tage gleich mir recht kalte Füße geholt habe und Schmerzen am Herz und am Kopf gespürt habe, hernach nach 4 Wochen

bekam ich einen Anfall und habe mich noch einmal recht erkältet und von da aus habe ich es gespürt. Wie ich hernach nach 6 Wochen unwohl war, war das Blut schon nicht mehr ganz so, wie es hätte sein sollen; und von dort aus war der Appetit fort. Ich habe immer Schmerzen am Herz gehabt; im Magen hat es angefangen; hernach durch ständiges Unwohlsein ist es schlimmer geworden. Der Herr Doktor hat gesagt, es wäre Magen- und Darmkatarrh; hernach hat er gesagt, es wäre in der Speiseröhre. Es war mir immer in der ganzen Zeit schlecht; ich hatte ständig keinen Appetit und immer wenn ich unwohl war, ist das Blut immer weniger geworden; es war ganz wässerig. Seit vor Ostern habe ich fast ständig Schmerzen im Kopf; jetzt aber nicht mehr arg. Habe auch immer gemeint, der Unterleib wäre auf der einen Seite geschwollen, habe immer keinen richtigen Stuhlgang gehabt und auch das Wasser ist immer nicht richtig gegangen. Kurzum: die Erkältung ist halt eine recht starke gewesen, und ich habe auch öfter keinen Atem gehabt; keine Lust zu der Arbeit; und habe immer gemeint, ich müßte sterben; habe immer noch allerlei Gedanken gehabt."

Oder:

„Zustand wechselt oft über Nacht. Schlechter Appetit. Beim geringsten Diätfehler gestörte Verdauung mit Kopfschmerz, meist einseitig. Von jeher sehr schwacher Magen. Taubheit der linken Brust, erlahmendes, taubes Gefühl am Herz, Herzschwäche, leeres Gefühl, Zusammenschnüren, Krümmen nach außen, stetes Zittern am Herz, Herzspann. Stoßender, hörbarer, im ganzen Körper fühlbarer Herzschlag. Schwerfällig, besonders vor dem Einschlafen: bei dem geringsten Geräusch oder auch ohne dasselbe erschreckendes Zusammenfahren, als ob das Herz stillstehen wollte. Dann ein Ruck und starkes Herzklopfen nach dem Erwachen. Manchmal starke, beängstigende Wallung am Herz, gegenwärtig selten.

Stuhlgang meist nachts, unter vorheriger Beängstigung; meist Frost, Herzkrampf, Herzklopfen. Atemnot, behindertes Ausatmen in der linken Brust, Spannen, Beklemmung, ebenso beim Niesen. Bei tiefem Atmen-wollen verstärkter Herzschlag, beim Ausatmen Zittern am Herz, auch im Leib. In der Nacht Träumen, sogar in bewußtem Zustand. An manchem Tag schmerzhafter Drang in der linken Brust, als ob alles zerreißen wollte.

Oft das Bedürfnis, tief zu atmen, ebenso sich nachts oft zu strecken, weil am Herz alles zu kurz erscheint. Sauerer Geschmack im Munde, nach dem Essen.

Ohrensausen links, daher linkes Gehör schlecht. Tönen vor den Ohren, als ob es vom Herz ausginge. Auch ein rieselndes Gefühl am Herz. Bei der geringsten Bewegung und Anstrengung starkes Herzklopfen und Zittern. Daher keine Arbeitslust, was sehr unglücklich stimmt. Oft weinen und denken ans Sterben. Manchen Tag auch wieder leichteres Gemüt und Hoffnung. Schlaf stundenweise, morgens meist Zustand am schlimmsten. Sehr gereizt. Manchmal Schwäche, daß man nicht sprechen mag, selbst das Zuhören aufregt. Schwächegefühl im Kreuz, als ob ich nach vorn fallen wollte.

Wenn ich stehe, stärkeres Herzpochen, als im Sitzen; daher stets Bedürfnis zum Ruhen. Schwindel, Uebelkeit. Schlafen mit offenem Mund; keine Luft durch die Nase. Erkrankung der Adern."

Soweit solche hypochondrische Klagen nicht allzu absurd sind, kann man von reiner Hypochondrie (als einer „Nervenkrankheit") sprechen. Aber die Uebergänge zur paranoischen Hypochondrie sind fließende. Von paranoischer Hypochondrie pflegt man zu sprechen, wenn die betreffenden Klagen auch dem Laien sofort als absurd, krankhaft, „verrückt" erscheinen.

Ebenso wie die Paranoia, bewegt sich auch die Hypochondrie gerne auf sexuellem Gebiete. Hypochonder führen ihre „neurasthenischen" Beschwerden auf Onanie, Samenfluß, nächtliche Pollutionen zurück, entsprechend dem tiefeingewurzelten, uralten Volksaberglauben von dem großen Einfluß des Sexuellen auf Gesundheit und Krankheit der Psyche. Selbstverständlich aber ist der wahre Sachverhalt der, daß der „sexuelle Neurastheniker" ein geborener Hypochonder ist, und daß nur Kausalitätsbedürfnis und Aberglaube die Veranlassung werden,

für die innere Anlage einen äußeren Grund zu suchen. — Aehnliches gilt von der Lues. Intelligente luetisch Gewesene mit hypochondrischer Anlage, welche viel über den Zusammenhang von Lues und Tabes, bezw. Paralyse, gelesen haben, sind in ständiger Angst, an einer solchen zu erkranken und laufen deshalb viel zu Aerzten. Auch hier hat natürlich nicht die Lues die „syphilitische" Hypochondrie oder „Neurasthenie" hervorgerufen, sondern ihr nur den Stoff zu den hypochondrischen Befürchtungen gegeben.

Weiterhin bilden die „Frauenleiden" den Inhalt vieler hypochondrischer Klagen. Hypochondrische Frauen mit Schmerzen im Unterleib konsultieren vielfach den Frauenarzt. Meist findet sich dann auch eine Lageveränderung oder ein Cervixkatarrh (denn welche Frau hätte keine derartige Anomalie!). Auch hier soll man sich vor der Ansicht hüten, als ob das „Unterleibsleiden" die „nervöse Störung" hervorgerufen habe. Gerade die schwersten Uteruserkrankungen, wie das Carcinom, verlaufen ganz ohne nervöse Störungen. Andererseits vermögen — abgesehen von der bisweilen eintretenden vorübergehenden suggestiven Wirkung — auch Operationen an Uterus oder Adnexen die Nervosität nicht zu bessern. —

Viele Hypochonder drängen auf Operation und setzen auch oft genug ihren Willen durch. So war in früheren Jahrzehnten das Annähenlassen einer Wanderniere sehr beliebt.

Objektiv betrachtet ist der Hypochonder in der Regel **körperlich ganz gesund.** Ja, man kann sagen: Es gibt nichts Gesünderes als einen Hypochonder. Haben Hypochonder ausnahmsweise wirkliche, objektiv nachweisbare Krankheiten der Brust- oder Bauchhöhle, so handelt ihr hypochondrischer Wahn gewöhnlich gar nicht von diesen tatsächlichen Krankheiten, sondern von etwas ganz anderem.

Vielen Aerzten, welche doch bei inneren und chirurgischen Krankheiten so sehr auf die Angaben der Kranken angewiesen sind, ist es nun aber fast unmöglich, sich vorzustellen, daß der Hypochonder, welcher so klagt und Schmerzen äußert, körperlich völlig gesund sein soll. Deshalb werden reine Hypochonder auch gar zu gerne mit Diagnosen wie: Blutarmut, Wanderniere, Rheumatismus, nervösem Magenleiden und vielen anderen Krankheitsbezeichnungen versehen. Es ist aber im Interesse des Kranken durchaus notwendig, die richtige Diagnose zu stellen. Sonst entsteht, abgesehen von der grundverschiedenen Behandlung, die Gefahr, daß zu der autochthonen noch die **iatrogene Hypochondrie** hinzutritt. Und letztere ist manchmal noch schwerer zu bessern, als die von selbst entstandene.

Denn ebenso wie die Mehrzahl aller Menschen sind auch viele Hypochonder suggestibel, im schlechten, wie im guten Sinne. Nicht etwa, als ob ihre hypochondrische Anlage durch Suggestion zum Verschwinden gebracht werden könnte. Aber der Inhalt der hypochondrischen Wahngedanken kann, je nach der äußeren Beeinflussung, wechseln. Wenn ein Hypochonder von einer neuen Krankheit sieht oder hört, so bildet er sich sofort ein, diese Krankheit auch zu haben. Und wenn nun gar ein Arzt zu ihm sagt, er habe „schwache Nerven" oder Blutarmut, so können solche hineinsuggerierte Krankheiten im Hypochonder genau so fest sitzen, wie die reinste paranoische Idee (iatrogene Hypochondrie, siehe oben).

Im guten Sinne ist der Hypochonder suggestibel, indem namentlich in leichteren Fällen (siehe auch das Kapitel „Neurasthenie") es

dem Arzt gelingt, den Hypochonder wieder zu einem brauchbaren Menschen zu machen und ihn zu dem einzigen Heilmittel hinzudrängen, welches ihn von seiner Hypochondrie befreien kann: **der Arbeit**; — aber nicht der Arbeit in „Nervenheilstätten", sondern der beruflichen Arbeit, die allein Befriedigung schafft, weil sie Zweck und Ziel hat.

Es gehört der Mut der Ueberzeugung dazu, einem klagenden Hypochonder zu sagen, daß er körperlich gesund ist. Aber diesen Mut muß der Arzt haben, nachdem er auf Grund einer oder wiederholter, **genauester Körperuntersuchung** sich von der körperlichen Gesundheit des Hypochonders überzeugt hat. Solche genaueste Körperuntersuchungen haben, als Nebenprodukt, den großen Vorteil, daß der Kranke sofort Vertrauen zum untersuchenden Arzte faßt.

Um einen Hypochonder zu „kurieren", dazu ist aber auch viel Geschick und Taktgefühl nötig. Kein Arzt wird so unklug sein, in dem Hypochonder den Verdacht zu erwecken, als ob ihn der Arzt für einen „eingebildeten Kranken" hielte. Denn tatsächlich ist ja auch die Hypochondrie eine Krankheit, ebenso wie die Paranoia. Nur ist der Kranke nicht in einer solchen Weise krank, wie er selber denkt. Was der Arzt zu versuchen hat, ist die langsame und vernünftige Aufklärung des Kranken über seine Krankheit, unter ständiger Suggestion und dem Hinweis, daß nur in der Arbeit Heilung des „Nervenleidens" zu finden ist. Auch soll im gegebenen Fall die Suggestion unterstützt werden durch Anraten einer Badereise, eines „Erholungsurlaubes", durch Verordnen eines Medikamentes. Nur hüte sich der Arzt vor dem kritiklosen Verordnen der Brompräparate und Schlafmittel. Das hauptsächlichste Heilmittel aber soll die Arbeit sein, — und wenn die berufliche Arbeit vorwiegend intellektueller Natur ist — daneben (bei jüngeren Individuen) das Anraten körperlicher Arbeit, wie vernünftig betriebener Sport aller Art, viel Bewegung im Freien u. s. w. Immer und immer wieder muß dem Hypochonder die Versicherung gegeben werden, daß „Kopfarbeit" niemals dem Gehirn und „den Nerven" schadet, daß intellektuelle Arbeit niemals eine Verschlimmerung der „Nervenkrankheit" herbeiführt — nämlich eine Geisteskrankheit, — die hauptsächlichste Befürchtung vieler Hypochonder.

> Die Hypochonder bilden das Gros derjenigen, welche vorübergehend oder dauernd Anhänger der Naturheilkunde, d. h. der Kurpfuscherei, sind. Es ist fast für Hypochondrie charakteristisch, wenn jemand zur Kur z. B. in Wörishofen gewesen ist. Die Hypochonder sind es auch, welche auf jedes in den Zeitungen angepriesene schwindelhafte Heilmittel gegen „Nervenschwäche" u. s. w. hereinfallen („Vitaphor", „Voltakreuz" u. s. w.), und welche viel Geld ausgeben für „nervenstärkende" Arzeneien und Präparate.

„Man kann im allgemeinen sagen[1]): Die Gefahren der Arbeit werden überschätzt, die des Müßigganges unterschätzt. Und doch gilt der Satz: Müßiggang ist aller Laster Anfang, auch für die nicht moralisch, sondern pathologisch zu beurteilenden „vitia". Wenn man heutzutage so viele vage Behauptungen zu lesen bekommt über das Gift, welches „Ueberanstrengung" in das Nervensystem bringe, so vermißt man auf der anderen Seite die Betrachtungen, die mindestens ebensowohl begründet wären, über das Gift der Faulheit. Na-

1) Aus Rieger, Ueber die Behandlung „Nervenkranker". Schmidts Jahrbücher der gesamten Medizin, Bd. 251, 1906, S. 193.

türlich müßte man auch hier sorgfältig unterscheiden, ob nicht die Faulheit selbst schon, statt Ursache, Symptom einer Krankheit ist. Aber es gibt auch Faulheiten, die auf anthropogenem, speziell iatrogenem Wege hineingekommen sind in einen Menschen, der unter besseren Einflüssen nicht faul geworden wäre. Und solche Menschen könnten in Zukunft überhaupt vor dem Schicksale bewahrt bleiben, therapeutische Objekte zu werden, wenn die Erkenntnis, daß Arbeit heilsam ist, mehr unter den Aerzten verbreitet wäre."

Daß die Arbeit tatsächlich im stande ist, eine Hypochondrie nicht zum Ausbruch gelangen zu lassen, dafür bietet den besten Beweis das Verhalten der „Unfallverletzten" vor Inkrafttreten der Unfallgesetzgebung. Diese Verletzten mußten arbeiten aus Zwang, weil sie sonst verhungert wären. Die Arbeit wirkte hier aber als beste Prophylaxe. So kam die „traumatische Neurose", d. h. die Unfallhypochondrie, nicht zu stande.

Ueberhaupt bietet die Ueberwindung der Hypochondrie durch Arbeit bei jenen Menschen viel bessere Aussichten, welche auf Gelderwerb angewiesen sind, um leben zu können, als bei solchen Menschen, welche wohlhabend genug sind, um in Bädern und Sanatorien „ihrer Gesundheit leben zu können". An letzteren scheitern gewöhnlich alle Versuche, die tiefeingewurzelte Hypochondrie, das „Nervenleiden", zu beeinflussen.

Bezüglich der Differentialdiagnose der Hypochondrie vergl. das Kapitel „Neurasthenie". Da, wo über „Kopfschmerzen" geklagt wird, vergesse der Arzt niemals, noch besonders zu fahnden nach

Tumor cerebri,
progressiver Paralyse,
Nierenkrankheit.

Hierzu kommen noch die Migräne und die sonstigen periodisch auftretenden oder habituellen Kopfschmerzen.

Die Hypochondrie ist sehr oft kombiniert mit Zwangsgedanken (siehe später).

Die Prognose der Hypochondrie ist um so besser, je frühzeitiger eine vernünftige Beeinflussung stattfindet und je mehr sich der Hypochonder beeinflussen läßt! Wenn es der Hypochonder lernt, sich mit seinen „Nerven", als etwas Irreparablem, aber nicht tragisch zu Nehmendem, abzufinden, dann ist er — auf Zeit — geheilt.

Ebenso wie die Paranoia, kann auch die Hypochondrie jederzeit in **Latenz** treten. Sie verschwindet, wie sie gekommen ist. Dann ist der Hypochonder bis auf weiteres, vielleicht auch lebenslang, wieder gesund.

Die Hypochondrie folgt also, ebenso wie die Paranoia, ihren eigenen Gesetzen. Während ein Teil der Hypochonder, mit oder ohne äußeren Einfluß, „geheilt" wird, bleibt ein anderer Teil durchaus ungeheilt. Viele Hypochonder werden arbeitsinvalide. Die Wahnidee: „Ich kann nicht" trotzt jeder Beeinflussung.

Manche Hypochonder enden durch Selbstmord.

Entsprechend der inneren Verwandtschaft zwischen Hypochondrie und Paranoia (siehe S. 175) werden manche Hypochonder im Laufe der Jahre offen **paranoisch**; und diese Gefahr, welcher jeder Hypochonder mehr oder weniger ausgesetzt ist, trübt die Prognose der Hypochondrie selbstverständlich sehr.

Mancher „neurasthenische" Beamte oder Offizier ist „aufgeregt" wegen „dienstlicher Scherereien", „Intriguen" u. s. w. Wie oft verbirgt sich hinter solchen Aeußerungen eine Paranoia!

Trotz der im ganzen wenig günstigen Prognose der Hypochondrie darf aber der Arzt im Einzelfall niemals den Kampf mit der Hypo-

chondrie des Kranken aufgeben. Mögen auch mehr als 50 Proz. schließlich ungeheilt bleiben, in einer gewissen Anzahl von Fällen hat das Wirken des Arztes Erfolg.

b) Die sogenannten traumatischen Neurosen.

Diejenigen Geistesstörungen, welche durch ein stärkeres Trauma entstehen können — in der Regel wird dabei auch klinisch eine Hirnerschütterung nachweisbar gewesen sein — wurden früher beschrieben (S. 118). Außer dieser „mechanischen" hat man nun auch noch die „psychische" Wirkung des Trauma unterschieden und — kurz gesagt — ganz außerordentlich überschätzt. Es ist von vornherein prinzipiell daran festzuhalten, daß bei einem psychisch vorher völlig gesunden Individuum ein Schreck, Angst, Shock, Sorge u. dergl. niemals zu einer Geistesstörung führt. Wohl kann z. B. eine überstandene Todesangst außer zu vasomotorischen Störungen, auch zu starken Affektäußerungen und zu einer vorübergehenden Störung des seelischen Gleichgewichtes führen, aber niemals zu einer notorischen geistigen Störung. Eine Ausnahme machen hier nur Personen mit gefäßkranken Gehirnen, bei welchen durch die den Affekt begleitenden Blutdruckschwankungen Gefäßrupturen oder andere Störungen der Hirnernährung entstehen können. Wenn immer noch in der Literatur Notizen auftauchen, daß ein psychischer Insult, eine starke Aufregung für sich allein z. B. zu epileptiformen Krämpfen und zu Verblödung geführt habe, so ist dem gegenüber stets die größte Skepsis am Platze:

Fig. 64. Schwere Schädel- und Gehirnverletzung durch Hufschlag. „Unfallverletzung." Keine „traumatische Neurose". Beobachtung 6 Jahre nach der Verletzung.

War der Kranke nicht schon früher epileptisch? oder latent geisteskrank?

Wäre er nicht auch erkrankt und verblödet ohne den psychischen Insult?

Als „traumatische Neurosen" bezeichnet man diejenigen vorwiegend „nervösen", d. h. in der Hauptsache hypochondrischen Beschwerden Unfallkranker, bei denen eine anatomische Veränderung im Gehirn durch die Verletzung nicht stattgefunden hat.

Bei der Bewertung der traumatischen Neurosen in ätiologischer und klinischer Hinsicht ist von vornherein die Tatsache im Auge zu behalten:

1) daß Hirnerschütterungen, Kopfverletzungen, auch schwerster Art (vergl. Fig. 64), allerhand Traumen gewöhnlich niemals zu dem Symptomenbilde einer „traumatischen Neurose" führen (s. auch S. 120), wenn Entschädigungsansprüche oder Aussicht auf Rente von vornherein nicht in Frage kommen; — und

2) daß speziell, vor Inkrafttreten der Unfallgesetzgebung, die verletzten Arbeiter nach ihren objektiv schweren Verletzungen volle Arbeit getan haben. Man ist oft auf das höchste erstaunt, wie so wenig vor Inkrafttreten der Unfallgesetzgebung eine schwere Ver-

letzung den Verletzten psychisch alteriert hat — im schreienden Gegensatz zur Jetztzeit, wo auch der leichteste „Unfall“ seine „traumatische Neurose“ im Gefolge hat. Aber der verletzte Arbeiter ohne Unfallgesetzgebung war gezwungen, zu arbeiten. Hätte er sich damals den Luxus einer traumatischen Neurose gestattet, dann wäre er, ohne Verdienst, einfach verhungert. Der eiserne Zwang des Arbeiten-müssens hat die „traumatische Neurose“ verhütet (vergl. S. 185: Arbeit und Hypochondrie).

Drei Momente sind es vor allem, welche die traumatische Neurose herbeiführen:

a) Die in jedem Menschen vorhandene Suggestibilität, oft zusammen mit einer mehr oder weniger starken Anlage zur Hypochondrie.

b) Die Unfallgesetzgebung, welche für den Verletzten und seine Familie sorgt, so daß der Verletzte, nach objektiver Heilung, nicht zu arbeiten gezwungen ist. Die traumatische Hypochondrie hat also Zeit und Gelegenheit, sich gemächlich zu entwickeln.

c) Die auri sacra fames, eine allgemein-menschliche Eigenschaft. Der nicht verletzte Arbeiter sieht seinen rentenempfangenden Mitarbeiter allmonatlich die Rente in Empfang nehmen, ohne daß dieser dafür zu arbeiten braucht. Er begreift nicht, daß der Rentenempfänger pekuniär und seelisch viel schlechter daran ist als er selbst mit Vollverdienst und Arbeitskraft. Er sieht nur das „leicht verdiente“ Rentengeld. Er sieht und hört „wie es gemacht wird“. Er wartet geradezu auf „seinen“ Unfall, der für ihn und seine Familie das Glück bedeuten soll. Die Autosuggestionen liegen gewissermaßen schon auf der Lauer. Und hat er endlich den „Unfall“ erlitten, oft genug leichtester Art — eine reine Lappalie, die sonst überhaupt niemand beachten würde —, dann beginnt der „Kampf um die Rente“. Dann heißt es: Nur zäh aushalten, querulieren.

Der Arzt, welcher viele Unfallkranke zu untersuchen hat, erlebt es zu häufig, daß der anständig denkende Arbeiter mit schwerer Verletzung, der ruhig ist und nicht queruliert, nichts bekommt, — daß aber der zähe, nicht nachlassende Rentenzüchter trotz der Geringfügigkeit des Unfalles schließlich doch eine hohe Rente erreicht.

Die traumatische Neurose ist überhaupt keine Krankheit sui generis. Unter dem Namen „traumatische Neurose“ verbergen sich die verschiedenartigsten Zustände.

Etwa folgende Sätze lassen sich aufstellen:

1) Viele sogenannte traumatische Neurastheniker oder Hypochonder sind bewußte Simulanten. Die **bewußte Simulation** ist häufiger, als auch ärztlicherseits hier und da angenommen wird.

2) Es empfiehlt sich, abgesehen von der bewußten, auch den Begriff der **unbewußten Simulation** einzuführen. So sind die meisten der an „traumatischer Hysterie“ Leidenden unbewußte Simulanten. Ein solcher Simulant glaubt fest an seine Leiden; er kann auch wegen Simulation nicht zur Bestrafung herangezogen werden. Denn nur die bewußte Simulation ist strafbar. Mit dem Begriff der „unbewußten Simulation“ ist diese Art der Unfallneurosen auf das normal-psychologische Gebiet hinübergeführt. Ein starkes Suggestionsmittel, wie es die Aussicht auf dauernde Rente ist, wirkt auch stark suggestibel. Man soll deshalb nicht in jeder traumatischen „hysterischen“ Lähmung ein Krankheitszeichen sehen. Die beste Therapie solcher „traumatischer Hysterien“ ist die konsequente und absolute Nichtbeachtung, ein gewisses verächtliches Ignorieren der Symptome, und selbstverständlich von vornherein die Mitteilung, daß der Verletzte nunmehr gesund ist, daß eine Rente nicht mehr gezahlt wird und daß der Verletzte die bisherige Beschäftigung wieder aufnehmen soll.

Zu häufige Untersuchungen durch verschiedene Aerzte, Eingehen auf die vorgebrachten Beschwerden würden nur die Verletzten in ihrer „Hysterie“ bestärken.

3) Wenn man bedenkt, wie außerordentlich häufig die Anlage zur **Hypochondrie** ist, und wie oft Hypochonder aller Art und aller Gesellschaftsklassen ärztliche Hilfe aufsuchen, ohne jemals ein Trauma erlitten zu haben, so ist von vornherein anzunehmen, daß auch unter den Unfallkranken Menschen mit angeborener, aber gewöhnlich latenter Anlage zur Hypochondrie sich befinden, bei denen nunmehr das Trauma den äußeren Anstoß zum Manifestwerden der latenten Hypochondrie gegeben hat. Bei diesen echten Hypochondern nach Trauma spielt die Aussicht auf Rente anscheinend eine viel geringere, oder gar keine Rolle. Es kann auch jemand (wenn auch wohl selten) auf ein Trauma hin offen hypochondrisch werden, ohne daß überhaupt Rentenansprüche mit im Spiel sind. Solche Menschen mit einer stärkeren angeborenen Anlage zur Hypochondrie würden aber vermutlich, auch ohne Trauma, der Hypochondrie verfallen; nur würde sich dann die Hypochondrie natürlich nicht als „traumatische Neurose“, sondern etwa als „nervöse Dyspepsie“ äußern.

Da, wie für die spontane, so auch für die nach Trauma auftretende Hypochondrie nur die **Arbeit** das einzige Heilmittel ist (S. 185), und zwar die volle berufliche Arbeit, so gilt auch für diese Kategorie der „traumatischen Neurosen“:

Entziehen der Rente so bald wie möglich, und energische stetige Stimulierung zur Arbeit. Die echten Hypochonder sind bei Rentenempfang und Untätigkeit viel übler daran als ohne Rente und bei voller Arbeit.

Ebenso wie die spontan auftretende, so ist auch die nach Trauma manifest werdende echte Hypochondrie am ehesten und erfolgreichsten zu bekämpfen im Beginn. Der mit dem Wesen der Hypochondrie gut vertraute Arzt kann durch frühzeitiges, energisches Stimulieren und Anregen zur Arbeit außerordentlich viel nützen. Andererseits ist es zweifellos oft genug Schuld von Aerzten und ihren falschen, unvorsichtigen Aeußerungen („Sie können noch sehr nervenkrank werden“ und ähnliches), wenn Hypochonder infolge eines an sich harmlosen Traumas völlig und dauernd arbeitsinvalide werden.

4) Manche der am zähesten querulierenden, durch nichts zu befriedigenden Unfallkranken gehören in das Gebiet der **Paranoia**, auch ohne daß es zu deutlichem und dem Laien erkennbarem Verfolgungswahn kommt. Da die paranoische Anlage ebenfalls nichts seltenes ist, so ist es nur zu verständlich, wenn unter den Tausenden von Unfallkranken sich auch einige stark paranoisch veranlagte Menschen befinden, welche in ihrer paranoischen Widerwärtigkeit eine große Last für Berufsgenossenschaften, Aerzte und Krankenhäuser werden. Es ist allerdings ein besonderer Glücksfall, wenn sich in den Akten eines solchen Unfallparanoikers eine zufällige Notiz findet, welche darauf schließen läßt, daß der Verletzte schon vor dem Unfall „mehr oder weniger“ paranoisch gewesen sein muß.

5) Die Beschwerden des **zunehmenden Alters** oder interkurrenter Krankheiten werden von den Verletzten als „nervöse Symptome“ und Unfallfolgen angegeben.

6) Die sogenannte Unfallneurose ist ein Zeichen einer **anatomischen Hirnläsion.** Es kann vorkommen, daß im Anschluß an ein stärkeres Trauma mit Hirnläsion sich ein der Hypochondrie ähnliches Bild entwickelt. Dann werden aber auch sonstige Symptome einer schweren Verletzung nicht fehlen.

Es wird vielfach behauptet, daß im Anschluß an die unkomplizierte (ohne Hirnläsion einhergehende) sogenannte traumatische Neurose mit ihren psychischen Aufregungen sich Arteriosklerose entwickeln und diese dann dem Gehirn schädlich werden soll. Aehnliches wird ja auch vom manisch-depressiven Irresein behauptet. Doch fehlt für einen solchen kausalen Zusammenhang zum mindesten noch der Beweis. Wie will man beweisen, daß der betreffende Kranke eine frühzeitige Arteriosklerose nicht auch bekommen hätte ohne Trauma, ohne manisch-depressives Irresein und dergleichen? (vergl. auch S. 108). Wenn man nicht das Postulat aufstellt, als müßte jede Arteriosklerose eine äußere Ursache haben, dann wird man auch nicht den Zwang verspüren, die Sorgen eines Hypochonders oder Rentenzüchters als Ursache für die Arteriosklerose anzusehen.

Ueber die Beziehungen des Traumas zur progressiven Paralyse und zu den einfachen Geistesstörungen vergl. S. 113ff. Wenn nach einem Unfall eine endogene Geisteskrankheit sich zeigt, so ist ein rein zufälliges Zusammentreffen beider mehr als wahrscheinlich. Deshalb ist vom theoretischen Standpunkt aus die Frage nach einem ursächlichen Zusammenhang zu verneinen. In praxi wird man aber nicht umhin können, wenigstens bei einem offenkundigen zeitlichen Koinzidieren zwischen Trauma und Geistesstörung, die Möglichkeit einer die Geistesstörung „auslösenden" Wirkung des Trauma zuzugeben. Denn es fehlt, streng genommen, auch wiederum der Beweis, daß ohne Trauma der Kranke nicht geisteskrank geworden wäre. Man wird also in dubio die Kausalität bejahen. Und dieses entspricht auch dem ärztlichen Mitgefühl, welches hier durchaus am Platze ist, nicht aber bei dem Gros der sogenannten „Unfallneurastheniker".

Für den praktischen Arzt ergeben sich, Unfallkranken gegenüber, namentlich folgende Aufgaben:

A. Während der ersten Behandlung der frisch Verletzten:

Möglichstes Verhüten der Entwicklung einer „traumatischen Neurose" durch Suggestion und Stimulieren zur Arbeit (S. 189, 199).

B. In seiner Tätigkeit als Begutachter:

a) Das **erste**, gewöhnlich vom Kassenarzt ausgestellte **Gutachten** soll so **ausführlich** wie möglich sein. Auch das Negative ist zu notieren und hat später, bei Obergutachten, vielleicht besonderen Wert. Der spätere Gutachter ist zum großen Teile auf den ersten ärztlichen Bericht angewiesen. Viele „Unfallkranke", denen gar nichts fehlt, bekommen nur deshalb Renten, weil die ersten ärztlichen Gutachten zu unvollkommen sind, und weil hierdurch die spätere Entscheidung unmöglich gemacht wird darüber, was eigentlich beim Unfall passiert ist? und ob Simulation anzunehmen ist oder nicht?

Besser als langatmige Beschreibung wirkt bei äußerlich sichtbaren Veränderungen die dem Gutachten beigelegte **Photographie** der frischen oder frisch geheilten Verletzung. Eine derartige Photographie zu beschaffen, wird bei einiger Energie wohl fast stets möglich sein.

Nie vergesse der Arzt auch, wo dies möglich ist, bald nach dem Unfallsereignis eine Augen- und **Ohrenuntersuchung** und nötigenfalls auch eine neurologische Untersuchung vorzunehmen oder vornehmen zu lassen.

b) Dem Unfallkranken gegenüber stelle sich der Arzt bei seinen Untersuchungen sowohl bezüglich der Angaben über den Unfall, als auch bezüglich der subjektiven Beschwerden, von vornherein auf den Standpunkt des **Mißtrauens** (wovon der zu Untersuchende natürlich nichts merken soll), auf den Standpunkt der strengsten kritischen Objektivität. Wie oft ist es vorgekommen, daß ein angeblicher Unfallkranker an einer „typischen traumatischen Neurose" erkrankte und jahrelang Rente bezog, bis sich schließlich herausstellte, daß überhaupt gar kein Unfall stattgefunden hatte.

Das Mißtrauen ist umsomehr angebracht, als der Arzt bei den Beschwerden des Kranken lediglich auf dessen Angaben angewiesen ist. Objektiv, d. h. neurologisch läßt sich eine Hypochondrie oder „Hysterie" nicht nachweisen. Die vielberufene konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung ist für die Diagnose wertlos. Nach „hysterischen" „Anästhesien" und „Hyperästhesien" soll der Arzt gar nicht erst suchen. Er suggeriert nur damit Krankheitssymptome in den Patienten hinein und schadet so.

Die sogenannten Unfallneurosen lassen sich nur an der Hand der Psychiatrie verstehen. Dadurch, daß infolge der neuen Examensordnung die praktischen Aerzte künftighin mit der Psychiatrie in etwas engere Fühlung treten müssen, ist zu hoffen, daß auch die Begutachtung der Unfallkranken einheitlicher und besser wird. Denn gegenwärtig herrscht hier noch die größte Subjektivität vor. Zwei Gutachten verschiedener Aerzte über den gleichen Kranken können zu so divergenten Resultaten kommen — und dementsprechend fällt dann auch die Rentenbemessung aus —, daß man ernsthaft über die ironisch gemeinte Bemerkung Prof. Riegers[1]) diskutieren könnte, welche lautet: „Da es doch lediglich Zufallssache ist, wie der Verletzte begutachtet wird (nämlich je nachdem er zu dem einen oder anderen Arzt kommt), so ist die Begutachtung eigentlich unnötig; und das Los möge entscheiden, welcher Unfallverletzte eine Rente bekommen soll und welcher nicht."

c) Die Hysterie.

Das Wort „Hysterie" kommt von *ὑστέρα*, die Gebärmutter. Die als „Hysterie" bezeichnete Störung sollte — wie man annahm — mit der Genitalsphäre irgendwie in Zusammenhang stehen, oder von den Genitalorganen „ausgelöst" werden. Selbstverständlicherweise aber hat die Neurose Hysterie mit den Geschlechtsorganen nicht das geringste zu tun. Da im Publikum das Wort „Hysterie" aber nur mißverständlich wirken kann — denn im Publikum ist der Aberglaube von dem Zusammenhang zwischen Hysterie und Sexualorganen noch weit verbreitet — ist es besser, das Wort Hysterie, wenigstens dem Publikum gegenüber, gänzlich zu vermeiden und statt dessen, nach Sommer, von Psychogenie zu sprechen.

Eine kurze, alles erschöpfende Definition der Hysterie gibt es nicht. „Als wirklich einigermaßen kennzeichnend dürfen wir vielleicht die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit welcher sich psychische Zustände in mannigfaltigen körperlichen Störungen wirksam zeigen, seien es Anästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe oder Sekretionsanomalien." (Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl., II, S. 684.)

Die Unmöglichkeit, die Neurose Hysterie ihrem Wesen nach kurz und präzis zu definieren, ist nicht zum wenigsten auch dadurch verursacht, daß der Krankheitsbegriff der „Hysterie" ganz verschieden weit gefaßt wird. Es gibt wenige Diagnosen, bei denen die subjektive Auffassung des Diagnosenstellers eine ähnlich wichtige Rolle spielt wie bei der Diagnose „Hysterie".

Man spricht von: „hysterischen Stigmata" und „hysterischem Charakter".

---

1) Aus den klinischen Vorlesungen.

Als hysterische Stigmata (= charakteristische Merkmale) werden genannt Störungen im Bereich der

1) Motilität: Hysterischer Tremor, Lähmungen, Kontrakturen, Krämpfe und Anfälle aller Art, Stottern, Stummheit, Aphonie, Singultus, Erbrechen, Katalepsie, Stupor u. s. w.

Die hysterischen Krampfanfälle unterscheiden sich von den epileptischen durch ihre Abhängigkeit von äußeren Ereignissen, z. B. das Auftreten nach psychischen Erregungen; ferner auch durch das Fehlen schwererer Erscheinungen (Cyanose, Koma), das willkürlich Nachahmbare der Krampfbewegungen, das Grimassieren, das Theatralische des Gebarens.

2) Sensibilität: Anästhesien, Hyperästhesien, Schmerzanfälle.

3) Sinnesorgane: Hysterische Blindheit, Taubheit, Einengung des Gesichtsfeldes, Verlust der Farbenempfindung.

Solche „hysteriforme" Erscheinungen können sich mehr oder weniger finden bei sehr vielen Geistesstörungen, u. a. dem angeborenen und erworbenen Schwachsinn, der Epilepsie, multiplen Sklerose, bei Hirntumor, zirkulärem Irresein, Paralyse.

Zum hysterischen Charakter rechnet man Eigenschaften, wie Neigung zu übertreiben, Sensation zu erregen, zu lügen, schwindeln, Betrügereien zu begehen. Ferner Launenhaftigkeit, Unverträglichkeit, Egoismus, Stimmungswechsel, erhöhtes Selbstgefühl, Selbstbeschädigungstrieb, Verstellung u. a.

Es darf aber nicht vergessen werden, daß die Hysterie keine genau abgrenzbare Krankheit ist, und daß der eine von „Hysterie" spricht, wo der andere die Diagnosen Schwachsinn oder Paranoia verwendet. Dementsprechend sind auch die soeben aufgezählten psychischen Eigentümlichkeiten nicht für die Hysterie charakteristisch. Die Eigenschaften selbst sind natürlich bei einzelnen Kranken reell vorhanden; aber wie man die gesamte Persönlichkeit des Kranken dann bezeichnet, ob „hysterisch", schwachsinnig oder paranoisch, das ist dem untersuchenden Arzte freigestellt.

Auch hier gilt das gleiche, was auf S. 173 gesagt wurde: Es kommt bei derartigen Störungen viel weniger auf die Diagnosen- als auf die Prognosenstellung an. Die Diagnosen sind Bezeichnungen zur gegenseitigen Verständigung. Manche Diagnosen bezeichnen auch gut abgrenzbare Krankheitsbilder. Bei anderen Störungen aber ist diese Abgrenzung nicht möglich, und wird auch nie möglich sein.

Was für das Wesen der „Hysterie" am meisten noch als charakteristisch gelten kann, ist die außerordentlich gesteigerte **Suggestibilität**, den äußeren Einflüssen sowohl wie den eigenen Vorstellungen gegenüber.

Suggestibel, d. h. beeinflußbar sind nun aber bis zu einem gewissen Grade alle Menschen. Die Suggestibilität ist abhängig vom Lebensalter (Kinder sind bedeutend mehr beeinflußbar als Erwachsene) und vom Geschlecht (weibliche Wesen sind suggestibler als männliche). Die Suggestibilität kann auch eine partielle sein. Da die Suggestibilität eine allgemein menschliche Eigenschaft ist, läßt sich auch, cum grano salis, der Satz aussprechen: Alle Menschen sind (unter Umständen) etwas „hysterisch".

Auch Hypochonder (S. 184) und Paranoiker (S. 176) sind in den Aeußerungen ihrer krankhaften Anlage oft genug suggestibel, d. h. durch von außen kommende Eindrücke beeinflußbar. Man spricht aber bei solchen Krankheiten keineswegs von „hysterischer" Hypochondrie oder Paranoia. Denn die hypochondrische oder paranoische Anlage ist als solche gänzlich insuggestibel und unabhängig von äußeren Einflüssen.

Im Gegensatz zu den Hypochondrischen und Paranoischen sind die Hysterischen prinzipiell, d. h. ihrer ganzen inneren Anlage nach, äußeren Einflüssen zugänglich. In diesem Gegensatz zwischen der Zugänglichkeit des Hysterischen und der Unzugänglichkeit des Paranoischen für äußere Einflüsse liegt der einschneidende Gegensatz zwischen „hysterisch" und paranoisch überhaupt.

In der Psychiatrie ist die Krankheitsbezeichnung „Hysterie" (bei Erwachsenen) im großen und ganzen völlig entbehrlich. Der Meister in seinem Fach kann sich hin und wieder die Diagnose auf Hysterie gestatten. Der weniger Geübte vermeide sie lieber; denn da, wo er sie stellt, ist sie gewöhnlich falsch. Das beweisen die Kranken, welche mit der Etikette „Hysterie"

in Irrenanstalten kommen und welche an allen möglichen Geistesstörungen (Katatonie, Epilepsie, zirkulärem Irresein u. s. w.) leiden, einschließlich Paralyse und Hirntumor — nur nicht an Hysterie.

Die Diagnose auf Hysterie wird viel zu häufig gestellt. Im allgemeinen läßt sich der paradox klingende Satz aufstellen: Wenn die Hysterie mit der Psychiatrie in Berührung kommt, dann ist es keine Hysterie (mehr), sondern dann verbirgt sich unter dem Mantel der Hysterie eine andere Geisteskrankheit. Bei jenen psychisch Kranken, die man als Hysterien bezeichnete, spielt die Zeit in der Krankheit eine ebenso geringe Rolle, wie bei manchen anderen angeboren abnormen Zuständen (S. 174). Eine Kranke, die bei ihrem ersten Klinikaufenthalte als „Hysterische" bezeichnet wurde, kommt nach 1, 5, 10 oder 20 Jahren wieder als nunmehr typisch Katatonische oder Paranoische. Dann wird man, epikritisch, aber nicht sagen: Katatonie und Paranoia seien „auf dem Boden der Hysterie" erwachsen, sondern man wird annehmen müssen, die angeborene abnorme, in Katatonie oder Paranoia auslaufende Anlage hat sich früher mit starken „hysterischen" Symptomen gezeigt. Solche Erfahrungen können den gleichen Diagnostiker, welcher z. B. 1885 die Diagnose auf Hysterie sehr häufig stellte, veranlassen, im Jahre 1905 diese Diagnose ganz zu meiden. Denn tatsächlich kommt man in der Psychiatrie ohne die Krankheitsbenennung „Hysterie" aus.

Was bei (erwachsenen) Objekten der Psychiatrie „Hysterie" genannt wird, läßt sich bequem unterbringen unter die Diagnosen

Schwachsinn (Idiotie sowohl wie Dementia),

Paranoia,

Hypochondrie.

Mit diesen drei Diagnosen ist auch der prognostische Gesichtspunkt viel besser ausgedrückt. Solche „Hysterien" sind tatsächlich unheilbar — wenn auch lange Latenzzustände, z. B. bei Paranoia, eine Heilung vortäuschen. Das Publikum und viele Aerzte erwarten hingegen bei der Diagnose „Hysterie" die volle absolute Heilbarkeit.

Der Paranoia ist zuzuzählen namentlich alles, was als „Beeinträchtigungsideen Hysterischer" beschrieben wurde, als „hysterische sexuelle Beschuldigungen", als „hysterische Verfolgungsideen", Denunziationen, als „hysterische Konfabulationen", die weiter nichts sind als paranoische Erfindungen, u. s. w. „Heilungen" solcher „hysterischer" Psychosen sind schließlich eben doch nur Latenzzustände der Paranoia.

Zur Hypochondrie gehören jene Störungen, welche, namentlich seitens der Frauenärzte, als Hysterie nach Uterus- oder Adnexerkrankungen beschrieben werden.

Am meisten entspricht die akute heilbare Kinderhysterie dem Begriffe der Hysterie als einer außerordentlich gesteigerten Suggestibilität. Aber gerade bei Kindern soll man das Wort: Hysterie den Verwandten gegenüber vermeiden, weil das Wort: Hysterie wegen des sexuellen Beigeschmackes im Publikum gar nicht beliebt ist.

Epilepsie und Hysterie im Kindesalter.

I. 11-jähriges Mädchen. Im 7. Lebensjahr der erste epileptische Anfall, nach einem halben Jahr ein weiterer. Von dieser Zeit ab dauernde Charakterveränderung (erhöhte Reizbarkeit) und intellektueller Stillstand. Seither regelmäßige Anfälle alle paar Wochen, durch äußere Umstände weder herbeizuführen, noch zu verhüten. Fortdauernde Bromfütterung. Jetzt schwach-

sinnig. Die Entwickelung ist stehen geblieben auf der Stufe des 7. Lebensjahres.

Prognose: Wird dauernd epileptisch und schwachsinnig bleiben.

II. 12-jähriger Knabe. Bisher gesund. Erhielt vom Lehrer Schläge auf den Kopf, darauf Krämpfe, die gerade wie epileptische aussehen und dutzendmal täglich auftreten. Dabei somnambule Zustände. Später zeigten sich die Anfälle bis achtzigmal am Tag. Außerhalb der Anfälle Intelligenz völlig ungetrübt. Die Anfälle hängen deutlich von äußeren Umständen ab. Am meisten steigerten sie sich, als der Kranke mit einem anderen Krampfkranken zusammen war. Nachdem er während einiger Monate scheinbar ganz entsetzliche Zustände gehabt hatte, verloren sich diese im gleichen Maße, als man ihnen keine Beachtung schenkte, und er ist seither (seit 25 Jahren) völlig gesund.

d) Die Zwangsneurose.

Zwangsvorstellungen (S. 12)
Zwangsgefühle (S. 17)
Zwangshandlungen (S. 27)

können als Symptome bei mehreren Krankheiten vorkommen, speziell bei der Melancholie und den depressiven Phasen des zirkulären Irreseins. Sie treten aber auch, einzeln oder kombiniert, gewissermaßen als selbständige Krankheiten auf, um von dem Betreffenden als mehr oder weniger quälend empfunden zu werden. Man spricht von Zwangsgedanken etc. deshalb, weil der Kranke sie als etwas Fremdes und Krankhaftes fühlt und erkennt.

Zu den Zwangsvorstellungen gehört die Zweifel- und Grübelsucht, die Arithmomanie, Onomatomanie u. s. w.; zu den Zwangsgefühlen die Agoraphobie, Mysophobie. Auch können zwangsmäßig reine Angstgefühle auftreten, oder Angstgefühle, begleitet von hypochondrischen Vorstellungen (der Hals ist zugeschnürt; das Herz schlägt nicht mehr; Todesangst), trotzdem der Kranke (abgesehen vielleicht von der Höhe des Affektes) das Nicht-Zutreffende dieser Gefühle durchaus einsieht. Zwangsgedanken und -gefühle sexuellen Inhaltes („sexuelle Anfechtungen").

Beispiele von Zwangsgedanken:

1) In der Krankengeschichte einer Tagelöhnersfrau, welche dreimal wegen ihrer Zwangsgedanken in der Klinik war, heißt es:

Sie fühlt sich nicht mehr so heiter, wie früher. Sie merkt, daß sie oft zwangsmäßig an etwas denken muß; z. B. bei dem Anblick eines Kruzifixes muß sie sagen: „Luder". Wenn sie einen Pfarrer sieht, so spricht es oft innerlich in ihr: „Teufel". Manchmal denkt sie: „Ich muß mich aufhängen." „Ich bin nicht wert, auf der Welt zu sein."

2) Eine Haushälterin bekam jedesmal, wenn sie Gemüse putzte, den quälenden Gedanken: Es könne Rost oder Grünspan darangekommen sein. Sie sagt selbst: „Ich weiß, daß dies nur Einbildungen sind. Aber der Gedanke peinigt mich immer; und dies macht mich sehr unglücklich." War sie bei der Wäsche beschäftigt, so hatte sie den Gedanken: Es könne eine Nadel durch ihr Verschulden in ein Wäschestück kommen und dann von einem Kranken verschluckt werden.

3) Ein Student der Rechte hatte jahrelang folgende sehr quälende Zwangsgedanken: Sobald er Streichhölzer auf der Erde liegen sah, glaubte er, er habe Feuer angelegt. Ferner glaubte er oft, falsches Geld im Portemonnaie zu haben. Deshalb notierte er sich Jahreszahl und Münzzeichen der einzelnen Münzen. Dazu ferner manchmal zwangsmäßige Sammelsucht (Steinchen, Papierstücke) und Agoraphobie.

Einmal ging er am Main spazieren und bekam plötzlich den Gedanken: Er habe ein Kind ins Wasser geworfen. Infolgedessen große Angst.

Kam er an ein Dorf mit Strohdächern, so war er nicht zu bewegen, in

das Dorf einzutreten, weil er glaubte: Er verliere Zündhölzer und könne das Dorf so in Brand setzen.

Wenn er einen Stein sieht, muß er ihn umwenden, weil er denkt, es liege Geld darunter.

Im Garten muß er manchmal ein Loch in die Erde graben, weil daselbst Geld verborgen liege.

Bei der Kommunion sei ihm ein Teilchen der Hostie aus dem Mund gefallen; dies verursacht ihm auch große Pein.

In seinem Notizbuch fanden sich, neben dem jeweiligen Datum, oft Bemerkungen: „Keine Feder, keinen Bleistift entwendet. Keine Restitution zu leisten. O, wie glücklich!"

Später verschwanden diese Zwangsgedanken völlig; dagegen tauchte folgender Gedanke auf: Wenn er in eine Kirche komme, müsse er in das Taufwasser Hoffmannsche Tropfen mischen; dann könne man kein Kind gültig taufen. Er geht deshalb zur Zeit in keine Kirche.

Sehr oft sind Zwangsgedanken mit Hypochondrie verbunden.

Die Zwangsneurose ist ebenso eine rein **endogene** Störung, wie Hypochondrie, Paranoia und die anderen endogenen Störungen. Sie kann den Kranken jahrelang nicht loslassen, kann aber auch jederzeit in Latenz treten. Leichtere Grade der Zwangsgedanken sind durch Suggestion recht gut beeinflußbar.

Viele Kranke mit Zwangsgedanken sind schon beruhigt, wenn ihnen fest und bestimmt erklärt wird, daß Zwangsgedanken nun und nimmermehr zur Geisteskrankheit führen. Im übrigen gilt bezüglich der Behandlung der Zwangsgedanken dasselbe, was von der Hypochondrie gesagt wurde: Der Kranke soll lernen, sich mit seiner Krankheit als etwas Lästigem, aber nicht Gefährlichem abzufinden. Ablenken der Gedanken durch angestrengte Arbeit, Sport, Reisen.

e) Anhang: „Die Neurasthenie".

Der Name „Neurasthenie" ist als Krankheitsbezeichnung im Vorstehenden absichtlich möglichst vermieden worden. Man versteht unter „Neurasthenie" einen Zustand „reizbarer Schwäche" des Zentralnervensystems, d. h. einen Zustand von krankhaft gesteigerter Erschöpfbarkeit, Erregbarkeit, Reizbarkeit, verbunden mit trüber Stimmung, ängstlicher Erregung, Energielosigkeit und dem großen Heer der hypochondrischen Klagen — kurz, einen Zustand welcher sich im großen und ganzen deckt mit dem oben beschriebenen Krankheitsbilde der Hypochondrie.

Es ist nun selbstverständlich, daß es eine echte „Ueberanstrengung", „Ueberarbeitung" (z. B. die „Examensneurasthenie") des Gehirns gibt, und als Folge davon eine abnorme Erschöpfbarkeit desselben. Ebenso können sich rein exogene Episoden von „neurasthenischen", d. h. hypochondrischen Zuständen einstellen z. B. nach schweren Infektionskrankheiten, wie Typhus abdominalis. Es ist ebenso selbstverständlich, daß Ruhe für solche Zustände die beste Therapie ist, und daß eine echte exogene „Neurasthenie" dann auch bald spurlos verschwindet. — Will man für diese rein exogene abnorme Erschöpfbarkeit das Wort „Neurasthenie" beibehalten, zum Unterschiede von der angeborenen Hypochondrie, so wird dagegen nichts einzuwenden sein.

Bei der außerordentlich großen Mehrzahl der unter der Diagnose „Neurasthenie" segelnden Kranken fehlt aber, objektiv betrachtet, jeder geringste Grund für eine „Ueberanstrengung" und folgende „reizbare Schwäche" des Gehirnes. Was die Kranken in dieser Hinsicht dem konsultierten Arzte gegenüber anamnestisch vorbringen, ist aufzufassen als das Ergebnis eines Erklärungsversuches der „neurasthenischen" Beschwerden seitens des Kranken, nach dessen Ansicht ein krankhafter Zustand doch seine äußere Ursache haben muß. — Warum aber soll die gleiche Tätigkeit den Kranken auf einmal „überanstrengen", nachdem er dieselbe jahrelang ohne den geringsten Schaden ausgeübt hat? Warum werden so viele Menschen „neurasthenisch," deren materielle Lage vorzüglich ist; und warum werden viele nicht „neurasthenisch", die mit Sorgen und Not zu kämpfen haben? Uebrigens besitzen auch viele „Neurastheniker" genug Kritik, um selbst einzusehen, daß ihr „neurasthenischer" Zustand ganz von selbst gekommen ist, ohne jeden äußeren Anlaß.

Examiniert man die Kranken weiter, so geben viele ohne weiteres an, auch schon früher, oder in der Jugend, einmal oder öfters „nervös“ gewesen zu sein. Und hiermit kommt man also auf das Gebiet der „angeborenen“, oder „konstitutionellen Neurasthenie (Nervosität)“.

Der die Diagnose auf „Neurasthenie“ oder Nervenschwäche gewöhnlich schon mitbringende Kranke gibt die abnorme Ermüdbarkeit des Gehirnes oft als ein Hauptsymptom an. Nun besteht gewiß auch die Möglichkeit, daß es eine reine, angeborene abnorm leichte Ermüdbarkeit des Gehirnes gibt. Aber bei der Mehrzahl der „Neurastheniker“ fehlt jeder objektive Beweis dafür, daß das Gehirn solcher Kranker überhaupt leicht ermüdet und erschöpft ist. Der Kranke klagt zwar über „Ermüdung“, aber das tut jeder Hypochonder und Kranke mit Zwangsgedanken auch, dessen Gehirn doch genau so widerstandsfähig ist als das jedes Gesunden. Gelingt es, den „Neurastheniker“ wieder zum intensiven Arbeiten zu bringen, so ergibt sich, daß sein Gehirn gar nicht abnorm erschöpfbar ist und daß die vermeintliche abnorme Erschöpfbarkeit weiter nichts war als hypochondrische Befürchtung und abnorme Sensation, verbunden mit Energielosigkeit und Willensschwäche. Man muß sich also gegenüber den Klagen von der „krankhaft gesteigerten Ermüdbarkeit“ ebenso objektiv und kritisch verhalten, wie gegenüber allen anderen Beschwerden, welche die Kranken vorbringen, weil sie dieselben zu empfinden glauben.

Wenn jetzt in steigendem Maße über „Nervosität“ geklagt wird, so liegt der Grund hierfür nicht zum wenigsten auch daran, daß der Aberglaube von den „Schäden der Kultur für das Nervensystem“, von dem schnelleren Verbrauch der Nervensubstanz in die weitesten Schichten der Bevölkerung gedrungen ist. So werden auch Viele vorübergehend „neurasthenisch“ lediglich aus Angst um ihre Gesundheit und durch Autosuggestion. Bei solchen Kranken genügt dann aber auch oft die einfache Versicherung des Arztes (nach genauer Körperuntersuchung), daß sie völlig gesund seien und daß auch die intellektuelle Arbeit ihnen nichts schadet, — um sie zu befreien von einer Befürchtung, welche bei diesen suggestiblen Personen in durchaus normalpsychologischer Weise zu stande gekommen ist. Werden solche Zustände ärztlicherseits verkannt und mit Krankheitsdiagnosen belegt, dann können sich allerdings auch in mehr dauernder Weise hypochondrische Beschwerden festsetzen, deren Beseitigung in späteren Stadien nur bei großer Geduld des Arztes gelingt.

Es ist, rein theoretisch betrachtet, selbstverständlich gleichgültig, ob man die zu Grunde liegende „nervöse“ Störung „Neurasthenie“ oder „Hypochondrie“ nennt. Denn nach ihrer rein sprachlichen Bedeutung sind beide Krankheitsnamen gleich unsinnig. Weshalb es aber geboten erscheint, gerade das Wort „Neurasthenie“ konsequent zu vermeiden, dafür lassen sich zwei schwerwiegende Gründe anführen:

1) Die Diagnose „Neurasthenie“ erweckt im Publikum die Vorstellung von „angegriffenen, schwachen Nerven“, und ähnliche hypochondrische Vorstellungen — ferner bezüglich der Behandlung, von möglichster Ruhe und Aussicht auf Nichtstun. Für die Mehrzahl der „Neurastheniker“ ist aber Arbeit die einzig wertvolle Behandlung (s. S. 185); und somit wirkt das Wort „Neurasthenie“ einer vernünftigen Auffassung jener hypochondrischen Zustände entgegen. Zudem versteht das Publikum unter „Neurasthenie“ stets einen erst durch äußere Ursachen erworbenen Zustand — eine Auffassung, welche für die Mehrzahl dieser Krankheiten irrig ist.

2) Für viele Aerzte ist — um es offen auszusprechen — das Wort „Neurasthenie“ zum „diagnostischen Faulheitspolster“ geworden. Wenn der Arzt sich konsequent daran gewöhnt, die Diagnose auf „Neurasthenie“ zu vermeiden, dann wird er ganz von selbst den Kranken genauer untersuchen und nicht in Gefahr kommen, unter dem Wort „Neurasthenie“ die verschiedensten Krankheiten zu subsumieren.

Was unter dem Wort „Neurasthenie“ zusammengefaßt wird, verteilt sich

abgesehen von der verhältnismäßig sehr seltenen rein exogenen, wirklichen Ueberanstrengung des Gehirnes, und
abgesehen von den künstlich hineinsuggerierten und ebenso wieder zum Verschwinden zu bringenden Krankheitsbefürchtungen

restlos auf eine Anzahl endogener, ihrem Wesen nach **angeborener** Zustände, in erster Linie

Hypochondrie;

Zwangsgedanken.

Beide können sich kombinieren, und was besonders wesentlich ist, namentlich in leichteren Formen, rezidivierend, oder periodisch auftreten, mit mehr oder weniger langen Latenzzuständen. Die Behandlung ist: Arbeit, Verkehr, Geselligkeit, Sport, Ablenkung der Aufmerksamkeit.

In Differentialdiagnose hierzu treten, ebenfalls oft als „Neurasthenie“ verkannt, die leichtesten Formen des

zirkulären Irreseins,

oder die periodischen Depressionszustände, auch die einfache Melancholie (vergl. das Beispiel einer zirkulären Depression auf S. 161, die für eine „Neurasthenie“ gehalten worden war). Die Behandlung ist aber die gerade entgegengesetzte als die der ersten beiden Krankheiten: Sie besteht in Ruhe, Pflege, Ueberwachung.

Selten wird die

Epilepsie

(Epilepsia nocturna, siehe S. 150) mit der „Neurasthenie“ verwechselt.

Viele sogenannte Nervenkranke sind nichts mehr und nichts weniger als das, was man in der Psychiatrie mit dem Worte

Schwachsinn

leichtesten Grades bezeichnet; und zwar kommt sowohl der angeborene Schwachsinn, wie die später eingetretene geistige Invalidität (s. S. 165) in Betracht. Mit der Diagnose: Schwachsinn ist selbstverständlich auch die Richtung gegeben, in welcher sich die Ratschläge des Arztes zu bewegen haben. Viele Schwachsinnige sind sehr suggestibel; sie vermögen also zu passenden Beschäftigungen herangezogen zu werden und fühlen sich dabei gesund und glücklich. Der Schwachsinn selbst ist aber jeder Beeinflussung unzugänglich.

Aus der Selbstaufzeichnung einer leicht Schwachsinnigen, welche früher unter der Etikette „Neurasthenie“ geführt wurde:

„Seit meinem 30. Jahre bin ich nervös; also 17 Jahre war ich mit Nervosität behaftet, der Kopf war dabei immer ganz frei; sogar bei Schlaflosigkeit fühlte ich ihn nur etwas angegriffen; eigentliches Kopfweh hatte ich nie. Das ruhige Arbeiten bei Herrn Professor heilte meine Nervosität, so daß ich mich wieder gesund fühlte. Vor 4½ Jahren fing ich nun das Unterrichten wieder an in so übertriebener Weise, daß ich nicht aus der Aufregung herauskam, auch nicht eigentlich fühlte, wie übermüde ich war. Nur während der Ferien zu Hause, wo ich ruhiger lebte, fühlte ich es mehr und gönnte mir auch Ruhe. Jetzt ist es ein Jahr, daß gänzliche Schlaflosigkeit mit heftigem Kopfweh anfing, ich sagte sogleich: das Hirn ist angegriffen, ich bin geisteskrank. Was ich aushalte, ahnt niemand. Man lacht über mich und hält es für übertrieben. Die Schmerzen am Hirn, vielleicht auch die der Kopfnerven, was

ich nicht so herausfühle, sind unbeschreiblich und fortgesetzt mehr als unerträglich. Ein psychisches Gefühl habe ich überhaupt nicht mehr. Die Nächte sind auch mehr als unerträglich, das Schlafen in den nassen Wickeln, (ohne dieselben schlafe ich überhaupt keine Stunde) ist auch schauderhaft und unbeschreiblich. Das Gedächtnis ist erhalten, aber Verstand, Seele und Geist sind umnachtet. In dieser Nacht komme ich mir, was das Gefühl anbetrifft, wie ein Stein vor, der etwas reden kann und die entsetzlichsten körperlichen Schmerzen empfindet. Daß dabei das Bewußtsein erhalten, begreife ich nicht. Meine Nerven sind so überreizt, daß ich mit schrecklicher Gewalt meine Hände bezwinge, sonst würden sie große Verheerung anstellen; es zuckt fortgesetzt darin."

Eine kleine Gruppe der sogenannten Neurastheniker gehört der

Paranoia

zu (siehe auch S. 186).

Andere angeboren Abnorme, welche u. a. auch abnorme Schwankungen des Gefühlslebens, Gemütsveränderlichkeit (S. 16) und Mangel an Selbstbeherrschung zeigen, können ebenfalls eine Neurasthenie vortäuschen. Man bezeichnet solche Abnormitäten vielleicht am besten als

krankhafte Willensschwäche,

ein Zustand, welcher dem Schwachsinn nahe steht, ohne daß die Intelligenz doch in stärkerem Maße betroffen ist. Im Gegenteil können solche Personen intellektuell sehr begabt sein. Leichtere Grade dieser Willensschwäche finden sich auch bei Personen, die man als durchaus „geistig normal" zu bezeichnen gewohnt ist. —

So zeigt sich, daß ein großer Teil angeborener, sowohl dauernder, als periodisch oder rezidivierend auftretender psychischer Anomalien das Bild der „Neurasthenie" vortäuschen kann, und daß namentlich von der „Neurasthenie" der Satz gilt: Nur wer richtige Diagnosen stellt, wird auch Heilerfolge erzielen.

Endlich ist noch daran zu erinnern, daß auch die

progressive Paralyse

im Beginn durchaus das Bild der Nervosität vortäuschen kann (S. 123). Ebenso muß (im höheren Lebensalter) diejenige Krankheit ausgeschlossen werden, die man gegenwärtig als „nervöse Form der cerebralen Arteriosklerose" bezeichnet.

Man sieht, wie sehr es notwendig ist, bei „Nervösen" diagnostisch ganz die gleichen Gedankengänge anzuwenden, wie bei Geisteskranken (diagnostische Hauptfragen, S. 66), — wie es notwendig ist,

das ganze Leben des Kranken zu überschauen.

Bezüglich der Behandlung der „Nervösen" sei auf das bei der Hypochondrie (S. 185) und den Zwangsgedanken (S. 195) Gesagte verwiesen. Die Behandlung Nervöser ist keine undankbare Aufgabe; aber sie erfordert Einsetzen der gesamten Persönlichkeit des Arztes, Taktgefühl und Geschick:

Genaue Körperuntersuchungen.

Vernünftige Aufklärung über den Zustand.

Suggestive Beeinflussung, dahin gehend, daß das Uebel zwar subjektiv quälend, aber objektiv harmlos ist und niemals zu unheibaren Leiden führt.

Unterstützung der Suggestion, je nachdem, durch vorübergehende Ruhe, „Erholungsurlaub", Medikamente (cave kritiklose und überhaupt länger dauernde Schlafmittel- und Brombehandlung!).

Stetiger Hinweis, daß nur die **Arbeit** helfen kann.

Eine „Regelung der Ernährung", d. h. Aufstellen bestimmter Speisezettel, unterstützt gewöhnlich nur die Hypochondrie. Sie ist stets entbehrlich, wenn nicht spezielle Magensymptome vorhanden sind.

Stets entbehrlich, öfters sogar schädlich, ist die Weir-Mitchellsche Mastkur.

Elektrizität und Massage sind gewöhnlich auch entbehrlich.

Bäder, kalte Abreibungen, Packungen nach den üblichen Vorschriften[1]).

Die Arbeit ist namentlich auch die beste **Prophylaxe** gegen die Nervosität. „Wenn in dieser Richtung erst vernünftigere Grundsätze bei Aerzten und Publikum vorhanden sein werden, dann wird es überhaupt weniger Menschen geben, die erst wieder ausdrücklich durch Arbeit kuriert werden müssen" (Rieger).

Schlußbemerkung zur speziellen Psychiatrie. Eine scharfe Grenze zwischen den endogenen Neurosen und den endogenen Psychosen gibt es nicht. Die nahe Verwandtschaft zwischen Hypochondrie und Paranoia zeigt genügend deutlich die engen Beziehungen und Uebergänge zwischen Neurosen und Psychosen. Im Einzelfalle ist es oft dem subjektiven Ermessen des Diagnostikers anheim gestellt, ob er „noch Nervenkrankheit" oder „schon Geisteskrankheit" annehmen will. Von den leichtesten psychischen Abnormitäten, die sich in großer Zahl bei völlig und dauernd Geistesgesunden finden können, gibt es alle Zwischenstufen und Uebergänge zu den Neurosen und von diesen zu den Psychosen.

Manche abnorme Geisteszustände lassen sich nicht ohne weiteres in die, im vorstehenden gezeichneten, üblichen Krankheitsgruppen der Neurosen und Psychosen unterbringen, so daß man zu mehr unbestimmten Bezeichnungen, wie: „Entartungsirresein", „pathologische Charaktere" u. s. w. greifen muß. Die hervortretenden Symptome solcher Zustände können sein, einzeln oder kombiniert auftretend: Krankhafte Willensschwäche, krankhaft gesteigerte Suggestibilität, Lügenhaftigkeit, Hervortreten bestimmter Triebe und Perversitäten (s. S. 25); mangelnde Fähigkeit zu normaler Lebensführung, Mangel an Selbstbeherrschung (s. S. 24), Gemütsveränderlichkeit (S. 16), Gemütsstumpfheit (S. 15), vorherrschende depressive Stimmungen („konstitutionelle Verstimmung") u. s. w. Eine exakte Spezialdiagnose (so selbstverständlich eine solche bei anderen psychischen Erkrankungen auch zu fordern ist), d. h. ein Unterbringen solcher abnorm veranlagter Persönlichkeiten in festgeschlossene Krankheitsbezeichnungen ist bei derartigen abnormen Geisteszuständen auch viel weniger notwendig, gegenüber der allgemeinen Erkenntnis, daß solche psychischen Anomalien genau so angeborene Eigenschaften des Betreffenden sind, wie etwa die musikalische oder sprachliche Begabung oder eine andere Eigenschaft. —

Das aber möge der Arzt aus der Psychiatrie lernen

1) daß er nicht bloß den Kranken in seiner gegenwärtigen

---

1) Vergl. z. B. Brieger und Laqueur, Moderne Hydrotherapie. Berlin (L. Simion). 1904. 67 S. 2 M.

Verfassung sich ansehen, sondern dessen **ganzes Leben** überschauen soll, und

2) daß er niemals vergessen soll, wie unendlich viel Abnormes, welches sich früher oder später zeigt, nicht erst im Leben verursacht wird, sondern bereits **in der Anlage angeboren** ist und so den Menschen auf dem Lebensweg begleitet.

In dieser Beziehung kann die Psychiatrie eine Lehrmeisterin auch für die anderen Teilwissenschaften der Medizin werden: Es ist nutzlos, für viele, auch erst im späteren Leben sich zeigende Krankheiten äußere Ursachen zu suchen. Denn solche Krankheiten sind in der Anlage bereits angeboren. Ebenso wie ein Gehirn, sei es von Anfang an (Idiotie), oder im späteren Leben (Dementia), seine Tätigkeit vorzeitig einstellt, oder Lebensäußerungen krankhafter Natur (Paranoia etc.) zeigt, — ebenso sind auch manche andere erst im späteren Leben zutage tretende Organ- und Konstitutionsanomalien auf eine angeboren krankhafte Anlage zurückzuführen. Solche krankhaft veranlagte Organe stellen vorzeitig ihre normale Funktion ein, sie erkranken oder verändern sich regressiv, ehe noch der übrige Körper an seinem physiologischen Lebensende angelangt ist.

Gehirn und Schädel.

Läßt sich aus dem Sektionsbefunde allein die Diagnose auf länger dauernde Geisteskrankheit intra vitam stellen?

1. Das Hirngewicht.

Man muß streng unterscheiden zwischen dem

Hirngewicht eines Menschen, wie es in seinen gesunden Tagen beschaffen ist, — „Normalgewicht“ des Hirnes; und dem

Hirngewicht, welches durch eine akute oder chronische Hirnkrankheit, oder eine andere Ursache verändert worden ist.

Als Normalgewicht des Hirnes bezeichnet man dasjenige Hirngewicht, welches in einem bestimmten mittleren Verhältniss zum **zugehörigen** Schädelinnenraum (Schädelkapazität) steht. Das Gewicht eines normal schweren Hirnes, in Gramm ausgedrückt, ist bei Erwachsenen 10—16 Proz., gewöhnlich aber **12—14 Proz.** kleiner als die zugehörige Schädelkapazität.

Es wiegt die Mehrzahl der Hirne erwachsener, nicht hirnkranker

Männer gegen 1400 g
Frauen gegen 1300 g.

Diese Zahlen sind Durchschnittszahlen. Die einzelnen Hirngewichte erwachsener, geistesgesunder Menschen können zwischen 1000 und 1600 liegen.

Zu einem körperlich wohl entwickelten Menschen und namentlich auch zu dem, was man eine „normale Intelligenz“ heißt, gehört also auch ein bestimmtes Hirngewicht. Ein sonst körperlich wohlgebildeter Mensch mit einem (Normal-)Hirngewicht von weniger als 1000 g ist nicht nur als mikrocephal zu bezeichnen, sondern ist auch gewöhnlich, mehr oder weniger stark, angeboren schwachsinnig.

Innerhalb des Spielraums der Hirngewichtszahlen, welche bei Geistesgesunden anzutreffen sind, gestattet aber ein größeres oder kleineres Hirngewicht keineswegs einen Schluß auf größere oder geringere Intelligenz. Es ist Zeit, daß mit der gegenteiligen veralteten Anschauung nun endlich definitiv gebrochen wird. Gescheite Menschen pflegen ein ganz unauffälliges Hirngewicht zu haben. Dumme Menschen können dagegen ein sehr großes und schweres Hirn besitzen. Es ist das Gehirn einem komplizierten Uhrwerk vergleichbar: Ein kleines, aber vorzüglich gearbeitetes Uhrwerk arbeitet viel besser als ein großes, fehlerhaft gebautes.

Wenn bis in die neueste Zeit hinein immer noch hohe Hirngewichtszahlen begabter Menschen veröffentlicht werden, in der Meinung, als ob zwischen

Hirngewicht und Intelligenz engere Beziehungen bestünden, so sind diese Hirngewichtszahlen schon deshalb wertlos, weil

1) gewöhnlich die Körpergröße des Betreffenden nicht angegeben wurde (denn große Menschen haben oft genug auch schwerere Hirne als kleine Menschen), und weil

2) an der Leiche die Schädelkapazitätszahl nicht bestimmt wurde. Das schwere Gehirn kann erst infolge einer Hirnkrankheit so schwer geworden sein.

Rechte und linke Großhirnhemisphäre sind durchaus gleich schwer. Diese Gewichtsgleichheit der Hemisphären ist besonders bemerkenswert wegen der angenommenen beträchtlich größeren Funktion der linken Großhirnhemisphäre (Sprachregion, Innervation der rechten Extremitäten).

Das Gewicht des Kleinhirnes beim Erwachsenen beträgt meist 130—150 g. Die Größe des Kleinhirnes ist im allgemeinen abhängig von der Größe des Großhirnes. Der Quotient

$$\frac{\text{Großhirn allein}}{\text{Kleinhirn allein}}$$ liegt zwischen 7,0 und 8,5.

Spezifisches Gewicht des Gehirnes 1035—1040.

Das Gehirn des Neugeborenen wiegt gegen 400 g. Das Hirngewicht verdoppelt sich in den ersten 9 Monaten und verdreifacht sich bis zum 5. Lebensjahr.

Das Neugeborene (Mensch oder Säugetier) hat [im Verhältnis zum Körpergewicht] ein relativ viel schwereres Hirn als das erwachsene Individuum.

Folgende Tabelle stellt das Wachstum des menschlichen Gehirnes und die Beziehungen des Hirngewichtes zum Körper dar:

Lebensalter	Hirngewicht g	Körpergröße cm	Körpergewicht kg	$\frac{\text{Körpergröße}}{\text{Körpergewicht}}$ (s. S. 75)	$\frac{\text{Hirngewicht}}{\text{Körpergewicht}}$
Neugeboren	400	50	3,2	15	$^1/_8$
2.—4. Woche	440	54	4,5	12	$^1/_8$
2. Monat	460	58	4,7	12	$^1/_{10}$
3. Monat	520	60	5,3	11	$^1/_{10}$
4. u. 5. Monat	580	62—64	6,0—6,5	10	$^1/_{10}$—$^1/_{11}$
6.—8. Monat	730	65—67	7—8	9—8	$^1/_{10}$—$^1/_{11}$
9. u. 10. Monat	780	68 u. 69	8	8	$^1/_{11}$
11. u. 12. Mon.	850	70	9	8	$^1/_{11}$
2. Jahr	950	79	11	7	$^1/_{12}$
3. Jahr	1100	85	13	6,5	$^1/_{12}$
4. Jahr	1180	90	14	6,5	$^1/_{12}$
5.—8. Jahr	1200	100—115	15—21	5,5	$^1/_{12}$—$^1/_{18}$
9.—14. Jahr	1300	120—145	23—37	5,0—4,0	$^1/_{25}$
15. Jahr	1300	150	40	3,8	$^1/_{30}$
20. Jahr	1400	170	65	2,6	$^1/_{40}$—$^1/_{50}$

Während demnach beim Neugeborenen das Hirngewicht noch $^1/_8$ des Körpergewichtes ausmacht, beträgt das Hirngewicht beim Erwachsenen nur $^1/_{40}$ bis $^1/_{50}$ des Körpergewichtes.

Schon im dritten Lebensjahre wiegt das Gehirn mehr als 1000,0 g.

Das bei der Sektion gefundene Hirngewicht kann nun auch bei Geistes- und Gehirnkranken dem Normalgewicht des betreffenden Hirnes (d. h. dem Hirngewicht aus gesunden Tagen) gleichen. Andernfalls aber ist das Gehirn, wie es im Augenblick der Sektion gefunden wird, zu groß oder zu klein. Das gleiche nach dem Tode

angetroffene Hirngewicht von 1400 g kann im ersten Fall das Normalgewicht dieses Hirnes sein; d. h. auch in gesunden Tagen hat dieses Gehirn kein anderes Gewicht aufgewiesen. Das Gehirn steht demnach im richtigen Verhältnis zum Schädelinnenraum, der dann annähernd 1600 ccm faßt.

Das gleiche Hirngewicht von 1400 g ist bei dem zweiten Geisteskranken der Ausdruck einer starken Hirnverkleinerung, weil das Gehirn eigentlich 1600 g wiegen müßte. Denn der Schädelinnenraum faßt 1900 ccm.

Das gleiche Hirngewicht von 1400 g bedeutet aber bei dem dritten Geisteskranken eine starke Hirnvergrößerung, wenn das Gehirn in gesunden Tagen nur 1200 g gewogen hat und der Schädelinnenraum überhaupt nur 1400 ccm groß ist.

Man sieht hieraus, daß das Wägen des Gehirnes für sich allein bei der Sektion ganz zwecklos ist. Eine Anschauung von der Größe des Gehirns gewinnt man erst, wenn man die **zugehörige Schädelkapazität** kennt. Diese kann durch ein sehr einfaches Verfahren bei jeder Sektion bestimmt werden.

Hirnverkleinerung durch Hirnkrankheit **kann** vorkommen bei progressiver Paralyse, Dementia senilis, nach Herderkrankungen. Die Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht beträgt dann mehr als 20 Proz.

Hirnvergrößerung kann vorkommen bei Hirngeschwulst, Hydrocephalus, bei tödlichen epileptischen Anfällen (direkter epileptischer Hirntod, s. S. 151), bei Katatonie (Tod unter den Zeichen des akuten oder chronischen Hirndruckes, Katatonie und Stauungspapille s. S. 171), bei Vergiftungen (Urämie u. s. w.). Dann beträgt die Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht weniger als 5 Proz.; sie kann auch negativ werden.

Eine bei der Sektion gefundene starke Hirnverkleinerung von mehr als 20 Proz. Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht bei einem Menschen im mittleren Lebensalter scheint nur bei chronisch Geisteskranken vorzukommen.

Bei der **Mikrocephalie** ist Hirn und Schädel angeboren zu klein. Aber das Hirn kann dabei im durchaus richtigen Verhältnis zum Schädelinnenraum stehen. Das Hirn mikrocephaler Menschen kann 600 g, bis herunter zu 200 g wiegen. Und zwar ist namentlich das Großhirn ungenügend entwickelt, so daß Mikrocephale gewöhnlich ein relativ zu schweres Kleinhirn haben.

Hochgradig Mikrocephale können auch körperlich mehr oder weniger zwerghaft sein. Aber auch für den zwerghaften Körper ist das Gehirn noch zu klein.

Alle Zwerge, deren **Zwergwuchs** die Folge ist von primären Störungen im Knochenwachstum (Rhachitis, Chondrodystrophia foetalis, Kretinismus), und nicht von primären Störungen in der Hirnentwickelung, haben ein Hirn (und Schädel) von der Größe eines erwachsenen Gehirnes, oder (bei Infantilismus, z. B. der Kretinen, s. S. 140) das Gehirn eines mehrjährigen Kindes, — also über 1000 g.

Im Gegensatz hierzu gibt es auch eine andere — sehr seltene — Art Zwerge, bei welchen das Gehirn dem übrigen Körper durchaus wohlproportioniert ist. Das absolute Hirngewicht ist hierbei sehr gering, trotzdem solche Kranke nicht angeboren schwachsinnig zu sein brauchen.

	Lebensalter Jahre	Größe cm	Körpergewicht kg	Körpergröße / Körpergewicht	Hirngewicht g	Hirngewicht / Körpergewicht
Normaler Mensch	15	150	40	3,8	1300	$^1/_{30}$
Mikrocephalin Agnes Meckel (siehe Abbildung S. 136)	30	120	25	5,0	450	$^1/_{55}$
Zwerg Dobos Janos	15	107	13,2	8,1	600	$^1/_{22}$

Diese Zahlen zeigen den Unterschied zwischen Microcephalie und echter Zwergbildung mit wohlproportioniertem Hirn und Körper. Bei diesen echten Zwergen, den sogenannten Miniaturmenschen, ist die Körpermasse eine unendlich viel geringere. Der Körpergewichtsquotient des Zwerges Dobos Janos von 8,1 entspricht demjenigen eines $^3/_4$ Jahre alten Kindes. Trotzdem ist das Gehirn des Zwerges relativ schwerer als dasjenige eines gleichalterigen, normal entwickelten Menschen, im Gegensatz zum Microcephalen.

Abnorm schwere Gehirne, bis zu 2000 g und mehr, in entsprechend sehr großen Köpfen sind ebenfalls beobachtet worden. Solche Individuen können normale Intelligenz haben; oft genug sind sie aber auch blödsinnig.

2. Die sonstigen makroskopischen Veränderungen am Gehirn.

Die Gehirne der meisten Geisteskranken sehen bei der Sektion makroskopisch völlig normal aus (siehe auch S. 122). Grob-organische, makroskopisch sichtbare Veränderungen (Blutungen, Erweichungen, Geschwülste, Abscesse) sind andererseits keineswegs ein Beweis für vorangegangene Geisteskrankheit.

Die Pachymeningitis haemorrhagica interna **kann** vorkommen bei progressiver Paralyse, Dementia senilis, chronischem Alkoholismus, Epilepsie; aber auch bei Geistesgesunden (Phthisis pulmonum, andere Infektionskrankheiten u. s. w.). Ihr Vorhandensein an der Leiche ist demnach kein Beweis für Geisteskrankheit intra vitam.

Das gleiche gilt von der Leptomeningitis chronica (bei Geistesgesunden durch Nierenerkrankung, Herzfehler, Lungenemphysem mit chronischer Stauung, durch überstandene Infektionskrankheiten u. s. w.) und von der abnormen Verwachsung zwischen Dura und Schädeldach, Pia und Hirnrinde.

Die akute, eiterige oder tuberkulöse, Hirnhautentzündung kommt in der Psychiatrie kaum vor.

Ebensowenig sind die atheromatösen Gehirnarterien an der Leiche ein Beweis für Geisteskrankheit im Leben (siehe S. 108).

Die Ependymitis granularis kommt bei Geisteskranken hauptsächlich bei der progressiven Paralyse vor. Doch auch ohne jede vorangegangene Geisteskrankheit beobachtet man gelegentlich starke Ependymgranulationen, sogar bei ganz jugendlichen Individuen (abgelaufene Infektionskrankheiten mit vorübergehenden cerebralen Symptomen, Chorea minor).

Es läßt sich demnach, Microcephalie und andere grobe Entwickelungsstörungen des Gehirns ausgenommen, aus dem makroskopischen Sektionsbefunde zur Zeit nicht mit irgend-

welcher Sicherheit die Diagnose auf länger dauernde Geisteskrankheit intra vitam stellen. Vielleicht aber werden weitere Untersuchungen die oben ausgesprochene Vermutung bestätigen, daß eine bei der Sektion gefundene starke Hirnverkleinerung im mittleren Lebensalter (ohne gröbere Herderkrankung) stets den Schluß auf chronische Geisteskrankheit gestattet. Allerdings fehlt im Einzelfall oft genug jede Hirnverkleinerung gerade bei jenen Geisteskrankheiten, bei denen sie sonst noch am meisten anzutreffen ist (progressive Paralyse, Dementia senilis).

Bei der histologischen Untersuchung des Gehirns weist die progressive Paralyse solche Veränderungen auf, daß man gewöhnlich imstande ist, aus dem histologischen Befunde die Diagnose zu stellen.

Die für progressive Paralyse mehr oder weniger charakteristischen histologischen Veränderungen sind namentlich:

1) Wucherung der Adventitia der Gefäße. Die adventitiellen Lymphräume sind erweitert und zellig infiltriert, namentlich mit **Plasmazellen**, dann aber auch mit Lymphocyten. Auch die Pia ist mit den gleichen zelligen Elementen infiltriert.

2) Ausgedehnter Untergang markhaltiger Fasern in der Hirnrinde.

3) Erkrankung der Seiten- oder Hinterstränge des **Rückenmarkes** (siehe S. 124).

Weiter finden sich bei Paralyse auch Ganglienzellenveränderungen aller Art, Gliawucherung, Gefäßneubildung.

Histologische Veränderungen verschiedener Art sind auch beim Altersblödsinn, Alkoholismus, bei Dementia simplex und Katatonie vorhanden. Aber es läßt sich niemals aus dem histologischen Bild allein mit genügender Sicherheit erkennen, ob intra vitam chronische Geisteskrankheit vorgelegen hat, oder nicht.

Man pflegt histologisch in erster Linie die Großhirnrinde zu untersuchen. Dieselbe wird eingeteilt (von außen nach innen) in:

1) Molekularschicht, mit dem tangentialen Flechtwerk.

2) Schicht der kleinen Pyramidenzellen mit dem superradiären Flechtwerk.

3) Schicht der großen Pyramidenzellen } mit den aus dem Mark
4) Schicht der polymorphen Zellen } einstrahlenden radiären Bündeln und dem interradiären Flechtwerk.

Die in der Hirnrinde zu untersuchenden geweblichen Gebilde sind sowohl ektodermaler, wie mesodermaler Herkunft.

Ektodermaler Herkunft sind:

1) die nervösen Bestandteile.

α) Die Ganglienzellen.

β) Die Nervenfasern.

2) Die Neuroglia, die spezifische Stützsubstanz des Zentralnervensystems. Sie besteht aus Ependymzellen, Astrocyten, Zellen ohne sichtbare Fortsätze, und Fasern ohne sichtbaren Zusammenhang mit Zellen.

Mesodermaler Herkunft sind die Blutgefäße und Lymphbahnen und die Pia.

An den Blutgefäßen in der Hirnsubstanz unterscheidet man, wie auch sonst, Intima, Media und Adventitia. Doch ist die letztere von der Media getrennt. Zwischen beiden existiert ein freier Raum, der sogenannte adventitielle Lymphraum.

Die Lymphräume des Gehirns sind:

α) Der Subduralraum, zwischen Dura und Arachnoidea, welcher mit den Lymphgefäßen des Halses, der Nase, den Lymphbahnen der peripheren Bahnen und, um die PACCHIONIschen (Arachnoideal-) Granulationen herum, auch mit den venösen Sinus der Dura mater zusammenhängt.

β) Der Subarachnoidealraum, zwischen Arachnoidea und Pia, von den vielen Bälkchen der Arachnoidea durchzogen. Er kommuniziert mit den Hirnventrikeln.

γ) Die adventitiellen Lymphräume (siehe oben).

Als WALLERsche (sekundäre) Degeneration bezeichnet man den Untergang des Achsenzylinders und die fettige Entartung der Markscheide desjenigen peripher gelegenen Teiles der Nervenfaser, welcher durch irgend

eine umschriebene Erkrankung oder Läsion im Verlauf der Nervenfaser von der zugehörigen Nervenzelle abgetrennt wurde. Ist die Ganglienzelle selbst zu Grunde gegangen, so degeneriert die gesamte zugehörige Nervenfaser mit allen ihren Fortsätzen. Bei Untergang der motorischen peripheren Nervenfasern oder der motorischen Rückenmarks- oder Hirnstammganglienzellen verfallen auch die zugehörigen Muskeln der Entartung.

3. Der Schädel.

Abgesehen von der microcephalischen (und der für die Psychiatrie sehr wenig wichtigen hydrocephalischen) Schädelverbildung, welche, in höherem Maße vorhanden, mit angeborenem Schwachsinn einhergeht, haben die Geisteskranken durchaus keine Schädel, welche in Größe und Gestalt sich ohne weiteres von den Schädeln Geistesgesunder unterscheiden. Die abnormen Kopfschädelformen (Turmschädel, Schiefschädel u. s. w., siehe S. 34) kommen ebenso oft bei dauernd Geistesgesunden vor, wie bei Geisteskranken.

Die durchschnittlichen Schädelmaße sind bei Erwachsenen:

Größte Schädelhöhe zwischen 95 und 105 mm.

Microcephale haben bis zu 75 mm herab und noch weniger.

Turmköpfe (siehe S. 34) 120 mm und mehr.

Als Grundebene für die Höhenmessung, wie überhaupt für die Schädelmessung ist die Riegersche Horizontale zu benutzen, d. h. eine Ebene, welche man sich gelegt denkt vom unteren Teil der Glabella über die Arcus superciliares, durch den oberen Ansatz der Ohrmuschel zur Protuberantia externa.

Größte Schädellänge am skelettierten Schädel 175—185 mm, am Lebenden 185—200 mm.

Größte Schädelbreite am skelettierten Schädel 140—150 mm, am Lebenden 150—160 mm.

Horizontalumfang am Lebenden gewöhnlich 55—57 cm (siehe Tabelle S. 77).

$$\text{Längenhöhenindex} = \frac{\text{größte Höhe}}{\text{größte Länge}}$$ gewöhnlich 54—58; d. h. die Höhe beträgt 54—58 Proz. der Länge.

$$\text{Längenbreitenindex} = \frac{\text{größte Breite}}{\text{größte Länge}}$$ gewöhnlich zwischen 80 nnd 85; d. h. die größte Breite beträgt 80—85 Proz. der Länge.

Gewicht des mazerierten Schädels ohne Unterkiefer gewöhnlich 500—700 g.

Extrem leichte Schädel bis herab zu 200 g, durch universelle Osteoporose, z. B. bei der Paralytischen, von welcher die Knochen in Fig. 24 (S. 56) stammen.

Auch senile Schädel können sehr leicht sein.

Extrem schwere Schädel, bis 1200 g und mehr.

Auch eine besonders auffallende Dicke und Schwere des Schädeldaches ist kein Beweis für eine Geisteskrankheit im Leben. Es ist noch nicht einmal erwiesen, ob überhaupt ein Schädeldach sich im Verlauf einer Hirn- oder speziell Geisteskrankheit verdicken kann.

Sachregister.

A.

Abnahme des Körpergewichtes 29.
Abulie 21, 158.
Adaptation 39.
Aequivalent 154.
Aetiologie 58.
Affekt 14.
Agoraphobie 17, 194.
Agrammatismus 145.
Albuminurie 32, 76.
Alkoholismus 97.
— chronischer 103.
— und Idiotie 63, 142.
Alkoholepilepsie 103.
Alkoholintoleranz 103.
Alkoholparalyse 104.
Alkoholpsychosen 97 ff.
Alter (Lebensalter) 63.
Altersblödsinn 133.
Amentia 162.
Amnesie 5.
— bei Epilepsie 153.
— nach Hirnerschütterung 120.
— beim pathologischen Rausch 103.
Amnestische Geistesstörung 102.
Analgesie 54.
— bei Katatonie 171.
Anamnese 71.
Anarthrie 44, 45.
Anatomie, pathologische der progressiven Paralyse 205.
Anfälle 53.
— epileptische 149.
— hysterische 192.
— katatonische 171.
— paralytische 125.
Angst 15.
— -anfälle 194.
— bei Melancholie 158.
— bei pathologischem Rausch 103.
Anisocorie 41.
Anosmie 35.
Anstaltsbehandlung 88.
Antisoziales Verhalten der Idioten 24, 146.
Apathie 15.
Aphasie 44, 45, 108.
Aphonie 44.
Apperzeption 1, 2, 84.
Arteriosklerose 107.
— und Unfallneurose 190.
Assoziation 2.
Asymbolie 37.
Asymmetrie der Gesichtshälften 34, 128.
Ataxie 48, 50, 126, 130.
Augenmuskellähmungen 38, 97, 110, 125, 126.
Aura, epileptische 149.
Autointoxikation 106.

B.

Beeinflußbarkeit 192.
— des Hypochonders 184.
— des Paranoikers 176.
Befehlsautomatie 22.
— bei Katatonie 170.
Behandlung der Geisteskranken 87.
Belastung, hereditäre 60.
Benommenheit beim Hirntumor 111.
Beschmutzungsfurcht 17, 194.
Beugekontraktur 49.
Bewegungsdrang 18, 156.
Bewußtlosigkeit 4.
Bewußtsein 1, 2, 4, 80.
Beziehungswahn 10.
Blasenstörungen 52.
Blödsinn 13.
— Unruhe dabei 20.
— Abnorme Ruhe 23.
— epileptischer 154.
— siehe auch Idiotie, Dementia, Schwachsinn.
Brandstiftungstrieb 25.

C.

Siehe auch K.

Charakter bei Epilepsie 154.
— hysterischer 192.
Chorea chronica hereditaria 53, 122.
Chorea minor 53.
Cocainismus 105.
Cretinismus 138.
Cystitis 33.

D.

Dämmerzustand 4.
— bei Epilepsie 153.
— nach Hirnerschütterung 118.
Decubitus 55, 128.
Defekte, umschriebene, bei Idiotie 143.
Degenerationszeichen 35.
Delirien 6.
— bei Infektionskrankheiten 106.
Delirium acutum 20.
— tremens alcoholicum 97.
Dementia simplex 65, 163.
— katatonica 166, 169.
— paranoides 166.
— paralytica 65, 68, 122.
— s. a. Paralyse, progressive.
— posttraumatica 120.
— praecox 163.
— senilis 133.
Denkhemmung 7, 158.
Depression 15, 19, 158 ff.
Desorientiertheit 6.
— nach Hirnerschütterung 118.
— bei Korsakowscher Psychose 102.
— beim Altersblödsinn 134.
Diabetes mellitus 32.
— insipidus 33.
Diagnostische Hauptfragen 66, 73.
Dipsomanie 104.
— bei Epilepsie 154.
— bei periodischer Manie 162.
Dissimulation 9, 12, 96.
— bei Melancholie 160.
— bei Paranoia 179.

E.

Echolalie 170.
Echopraxie 170.
Ehescheidung 94.
Eifersuchtswahn 11.
— der Trinker 104.
Eiweiß im Urin 32.
Eklampsie der Säuglinge 148.
— der Schwangeren 148.
Elektrische Untersuchung 79.
Embolie der Gehirnarterien 107.
Endogene Geistesstörungen 60.
Entartungsirresein 199.
Entmündigung 93.
Entwickelungshemmung des Gehirns 135.
Entwickelungsstörungen 33.
Ependymitis granularis 204.
Epilepsie 5, 33, 147 ff.
— nach Hirnerschütterung 120.
— und Trauma 115.
Erbrechen 42.
Erdichten von Erlebnissen 177.
Erinnerungsfälschung 6, 10.
— bei Dementia senilis 134.
— bei Korsakowscher Psychose 102.
Erinnerungslosigkeit 5.
Erinnerungslücken 5.
Erregung bei Katatonie 171.
Euphorie 15.
Exaltation 14, 156.
Exhibitionismus 25.
Exogene Geistesstörungen 58.

F.

Facialisinnervation, ungleiche 35, 43, 128.
Fieberdelirien 6, 106.
Flexibilitas cerea 22.
— bei Katatonie 170.

G.

Gangarten 52.
— bei Idiotie 145.
Gedächtnis 4, 80, 85.
Gedächtnisstörungen 5.
— bei Dementia senilis 134.
— nach Hirnerschütterung 120.
— bei Korsakowscher Psychose 102.
Gefäßveränderungen s. Arteriosklerose.
Gefühl 14.
— einzelne abnorme 17.
— Störungen 14.
Gehirn s. a. Hirn.
— -wachstum und Verhältniszahlen 201.
Gehirnerweichung s. Paralyse, progressive.
Gehirnsyphilis 109.
Geistesschwäche im juristischen Sinne 94.
Geistesstörung, einfache 155.
— bei Hirnsyphilis 109.
— bei Hirntumor 110.
— bei multipler Sklerose 121.
— periodische 160.
— senile 133.
— traumatische 112.
— zirkuläre 160.
Gemeingefährlichkeit 73, 88, 153, 160, 173.
Gemeingefühl 14.
— Störungen 16.
Gemütsdepression 15, 19, 21, 158.
Gemütsexaltation 14, 18, 156.
Gemütsirritation 15, 156.
— bei Idiotie 145.
Gemütsstumpfheit 15.
— bei Idiotie 142.
Gemütsveränderlichkeit 16.
— bei Idiotie 145.
Geschäftsunfähigkeit 93.

Geschlechtstrieb, Abnormitäten 25.
Gesichtsfeld 37.
Glykosurie 32.
Grimassieren 169.
Größenwahn 9.
— bei Idiotie 145.
— bei Manie 157.
— bei Paralyse 129.
— Paranoia 178.
Grübelsucht 194.
Gutachten 96.
— bei Paranoikern 180.
— bei Unfallkranken 190.

H.

Hämatom, extradurales 121.
Haemorrhagia cerebri 107.
Halluzinationen 2.
Halluzinose, akute der Trinker 101.
Handeln, Störungen desselben 18.
Harnverhaltung, willkürliche 33.
Haschischrausch 104.
Hautablösungen 55, 127.
Hautgangrän 55, 128.
Hemianopsie 37, 108, 137.
Hemiplegie 49, 108, 137.
Hilfsschulen 146.
Hinterhaupt, kapselförmiges 34.
Hinterstränge 48, 52.
— bei Paralyse 125, 127.
Hirnabsceß 110.
Hirnerkrankungen, umschriebene 107.
Hirnerschütterung 117.
Hirngeschwulst 110.
Hirngewicht 77, 201.
— und Intelligenz 201.
Hirnhäute 204.
Hirnnerven 35.
Hirnverkleinerung 203.
Hirnvergrößerung 203.
Hirnzerstörung, traumatische 112.
Hörstummheit 44.
Huntingtonsche Chorea 53, 122.
Hydrocephalie 137.
Hyperästhesie, sensorielle 54.
Hypochondrie 175, 181 ff.
Hypochondrische Ideen 8.
— — bei Melancholie 159.
Hypoglossus 43.
Hypomanie 156.
Hysterie 191.

I.

Ideenflucht 6, 19, 156.
Idiotie 64, 140.
— und Trauma 114.
Illusionen 2.
Imbezillität 142.
Infantilismus bei Cretinismus 140.
Infektionsdelirien 106.
Intelligenzdefekte bei Idiotie 143.
— bei Paralyse 129.
Intelligenzprüfung, Schema für 84.
Intoleranz gegen Alkohol 103.
Invalidität, geistige 165.
Isocorie 41.

K.

Siehe auch C.

Katalepsie 21, 22, 170.
Katatonie 169.
Kephalometrie 76.
Klangassoziationen 7.
Kleinhirngewicht 202.
Kleptomanie 25.
Knochenbrüche, spontane 56, 128.
Körpergewicht 29, 74, 75.
Körpergröße 75.
Körpertemperatur 29, 76.
Kombination 5, 87.
Konfabulationen 6.
— Dementia senilis 134.
— Hirnerschütterung 118.
— Korsakow 102.
— Paranoia 177, 193.
Konjugierte Deviation 39.
Kontrakturzustände, psychische 23.
Konvergenzbewegung der Pupillen 40.
Kopfschmerz 111, 186.
Kopfumfang 77.
Korsakowsche Geistesstörung 102.
— nach Hirnerschütterung 119.

L.

Lähmungen 49.
— hysterische 192.
Landstreicher 26.
Latenz der Paranoia 174.
— der Hypochondrie 186.
Lebensalter und Geisteskrankheiten 63.
Lebensführung, Unfähigkeit zu normaler 24, 144, 146, 165.
Leptomeningitis 204.
Lichtreflex der Pupille 39.
Lügenhaftigkeit 26, 144, 154, 199.
Lues hereditaria 76.
— bei Paralyse 59, 132.
— s. a. Syphilis.

M.

Manie 7, 19, 156.
— und Trauma 116.
Manieren 169.
Maskenartiges Gesicht der Stuporösen 22.
Masochismus 25.
Mastdarmstörungen 52.
Mästung 29, 131.
Masturbation 25.
Medikamentöse Behandlung 90.
Melancholie 19, 21, 158.
Menstruation 57.

Microcephalie 135, 203.
Migräne 53, 152.
Militärdienst, Psychosen bei 96, 146, 166.
Miosis 41.
Mißtrauen, ärztliches 96, 179, 191.
Mitbewegungen 43.
Monomanien 25.
Morphinismus 105.
Morphologische Abnormitäten 33, 76.
Motorische Störungen 47.
Mutacismus 170, s. auch Stummheit.
Mydriasis 41.
Mysophobie 17, 194.
Myxödem bei Cretinismus 140.
Myxödematöses Irresein 106.

N.

Nachahmung, unmittelbare 85.
Nahrungsverweigerung 68, 73, 75, 89, 160, 170.
Narben 33, 76, 147 ff.
Negativismus 170.
Nephritis s. Urin, Urämie, Albuminurie.
Neugeborenes, Gehirn desselben 202.
Neurasthenie 195.
Neuritis bei Alkoholismus 97.
Neurosen 181.
— sogen. traumatische 187.
Nymphomanie 19.
Nystagmus 39.

O.

Oculomotorius 37.
Ohrenuntersuchung bei Hirnabceß 112.
— bei Unfallkranken 121, 190.
Ophthalmoplegie 38.
Opticus 35, 36.
Orientiertheit 5, 80.
Osteoporose 56, 128.

P.

Pachymeningitis haemorrhagica interna 53, 204.
Paralyse, progressive 65, 68, 122 ff.
— pathol. Anatomie 205.
— und Trauma 116.
— Sprachstörung 46.
— Reflexe, auch 40, 48, 50.
— Diagnose, auch 65.
— Prognose, auch 68.
— s. auch Dementia paralytica.
Paranoia 70, 172.
Paraphasie 46.
— bei Paralyse 129.
— bei Hirnerschütterung 119.
— bei Delirium tremens 100.
Patellarreflexe 48, 79, 125.
Periodische Geistesstörungen 71, 160.
Perseveration 46.
Personenverkennung 11, 19, 156.
Perverses Wollen und Handeln 23.
Perzeption 1, 84.
Pflegschaft 94.
Phobien 194.
Plasmazellen 205.
Platzangst 194.
Porencephalie 136.
Poriomanie 26, s. Wandertrieb.
Präcordialangst 15.
Prognose 67.
Pupillen 39, 78.
Pupillenstarre und Alkoholismus 101.
— und Trauma 116.
— und Paralyse 125.
Pyramidenbahn 47.
Pyromanie 25.

Q.

Querulantenwahn 178.

R.

Raptus melancholicus 158.
Rausch, pathologischer 103.
Rededrang 18, 46, 131, 156.
Reflexe, s. Pupillen, Patellarreflexe, Paralyse.
Reizbarkeit bei Epilepsie 154.
— bei Manie 156.
Remissionen bei Paralyse 132.
— bei Katatonie 71, 172.
Retinitis albuminurica 37.
Rückenmark bei progressiver Paralyse 124.

S.

Sadismus 25.
Satyriasis 19.
Sattelkopf 34.
Säuferkachexie 103.
Schädel 206.
Schädelgröße, Kapazität 76.
Schiefschädel 34.
Schilddrüse 106.
Schlundsondenfütterung 89.
Schrift 46, 80, 130.
Schulkenntnisse 81.
— bei Dementia paralytica 129.
— bei Dementia simplex 165.
— bei Idiotie 143.
Schwachsinn 13.
— angeborener 135, 140.
— epileptischer 154.
— posttraumatischer 120.
— s. auch Blödsinn, Dementia, Idiotie.
Seelenblindheit 37.
Seitenstränge 48, 52, 125.
Sekretionsanomalien 57.
Selbstbeherrschung, Mangel an 24, 199.

Selbstbeschuldigungen Melancholischer 159.
Selbstmord 9, 15, 68, 73.
— bei Hypochondrie 186.
— bei Melancholie 160, 162.
Selbstvergiftungen 58, 106.
Selbstverstümmelungen 54, 158.
Sensibilitätsstörungen 53.
Sexuelle Angriffe 25.
— Wahngedanken 8.
— bei Hypochondrie 183.
— bei Paranoia 177.
Simulation 96.
— unbewußte 188.
— bei Unfallkranken 188.
Sinnestäuschungen 2.
Skandierende Sprache 46.
Sklerose, multiple 121.
Sondenfütterung 89.
Spastische Patellarreflexe 48.
Speichelfluß 43.
Spontanfrakturen 56, 128.
Sprache 44, 80.
— der Idioten 145.
Sprachhemmung 46.
Sprachmanieren 7, 46, 169.
Sprachstörung, paralytische 46, 126.
Stauungspapille 37, 111.
Stehltrieb 25.
Stereotypien 169.
Stigmata, hysterische 192.
Stigmatisation 150.
Stimmungswechsel 16, 145, 156.
Stirnhirn und Intelligenz 112.
Stummheit 82, s. auch Mutacismus.
Stupor 21, 82.
— bei Manie 157.
— bei Melancholie 158.
— bei Katatonie 171.
Suggestibilität 192.
— bei Hypochondrie 184.
— bei Paranoia 176.
Symbolisierungswahn 10.
Syphilis 59, 109.
— und Paralyse 132, s. auch Lues.

T.

Tabes 126.
Taubstummheit 44, 82, 92.
Temperaturen, hohe 29, 31, 76, 106.
— niedere 32, 76.
Tiervisionen 3, 97.
Tobsucht 18, 20, 73.
— bei Epilepsie 153.
— bei Manie 156.
— bei Paralyse 131.
Tod, epileptischer 150, 203.
Trauma und Geistesstörung 112 ff.
Traumatische Neurosen 187.
— Hirnzerstörung 112 ff.
Tremor 52, 97.
Triebe 25.
— bei Epilepsie 153.
— bei Idiotie 145.
Trigeminus 42.
Trombose 107.
Trophische Störungen 54, 127.
Turmkopf 34, 206.

U.

Unfallkranke 34, 121, 187.
Unsauberkeit 52.
Untersuchung der Geisteskranken 74.
Urämie 32, 105.
Urin 32, 76, s. auch Harn.

V.

Vagabunden 26.
Verbigeration 169.
Verblödung, epileptische 154.
Verbrecher, geborener 24, 146.
Verfolgungswahn 8, 172.
— sexueller 177.
Vergiftungen, Aetiol. 58.
Verkleinerungswahn 10.
— bei Melancholie 159.
Verstandestätigkeit 4.
Verstimmung, heitere 14, 156.
— konstitutionelle 199.
— traurige 15, 158, 161.
— zornige 15, 156.
Versündigungswahn 159.
Verwirrtheit 13, 20.
Vorbeireden 170.

W.

Wahnideen 7.
Wahngefühle 17.
Wahrnehmungstätigkeit 1.
Wandertrieb 26.
— bei Epilepsie 153.
— bei Paranoia 179.
Willensvorgänge 18.
Willenslähmung 21.

Z.

Zähneknirschen 42, 127.
Zittern 52.
Zitterschrift 46, 81, 100, 130.
Zucker im Urin 32.
Zwangsvorstellungen 12.
Zwangsgefühle 17.
Zwangsbewegungen 27.
Zwangsneurose 194.
Zwergwuchs 76, 140.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena — 3179